

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

21392 № W19-410546

7 = 8163

Optique

Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8163 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHARITI Abdellah han

Date de naissance : 15.07.1967

Adresse : 56 HAY DELLASENDIA 12 18 C 10

Tél. : 0661976341 Total des frais engagés : 1929,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. HOUDA EL YATIME
Médecin
Service des Urgences
CHP Ben Abdallah

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/02/2020

Nom et prénom du malade : CHARITI Abdellah han Age : 1967

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA + goutteux

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 05/02/2020 Le : 10/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/02/2020			()	INP : <u>WNA12200519</u> Dr. HOUDA EL YATIME Médecin Service des Urgences CHU de M'sik

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/02/2013	192.990

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																	
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																	
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																																	
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">[Création, remont, adjonction]</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> </tbody> </table>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		[Création, remont, adjonction]		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																															
		H	G																														
		25533412	21433552																														
		00000000	00000000																														
		D	G																														
		00000000	00000000																														
		35533411	11433553																														
		B																															
		[Création, remont, adjonction]																															
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																	
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																	
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																	

ORDONNANCE

Casa, le: 10/02/2020

CHARITÉ Abdelghani

(162goxH) NEBELET SW n° 3
18 mois

(152goxH) penten 20m n° 4
18 mois

(313goxH) Zyloric 200g n° 3
18 mois

90,80
Benzin 20g n° 3
18/15

300g
Avelox 400mg

1/2 (L)
6) - Inosin 40mg
1 8 1/2

III
03mai

7400

Streng

regularly

Dr. HOUDA EL YATIME
Médecin
Service des Urgences
CHP Béziers

PHOTOGRAPH
1969

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 162DH60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 162DH60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 162DH60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 162DH60

② P.P.V. 152DH00
Distribué par PROMOPHARM S.A.

P.P.V. 152DH00
Distribué par PROMOPHARM S.A.

P.P.V. 152DH00
Distribué par PROMOPHARM S.A.

③ 31,30

31,30

④ 84,80

P.P.V. 152DH00
Distribué par PROMOPHARM S.A.

⑤ LOT: M0056
EXP: OCT 2020
PPV: 308,00 DH



⑥ BIOCODEX
MAROC

P.P.V: 74,00 DH