

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| O Réclamation | contact@mupras.com |
| O Prise en charge | pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e) 5224		
Matricule : 5224		
Société : Retraite		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : Elouf on Ame		
Date de naissance : 13/10/53		
Adresse : Résidence Med, 8 Rue Bachir Issaly		
Tél. : 51521406		
Total des frais engagés :		
Cadre réservé au Médecin Jr. Abdennan MIFTAHI RHUMATOLOGUE Rés. Salah Al Jazrah 359 Bd. Zerktouni - Casablanca		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 11/05/2014		
Nom et prénom du malade : Elouf on Ame		
Lien de parenté : Lui-même		
Conjoint <input type="checkbox"/>		
Enfant <input type="checkbox"/>		
Nature de la maladie : Assaouf & Angine		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente déclaration. Je déclame avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.		
Fait à : Le 24 Fév 2020		
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL		

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	----------------------------------------------------------------

52120 S

INP 090013-53

Dr. Abdellah M. M.
RHUMATOLOGUE
Rés. Salah Al Jarrah 359
Bd. Zerktouni - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
----------------------------------------	------	-----------------------

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires
-----------------------------------------------------	------	------------------------------	------------------------

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				HN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.C
PROTHÉSES DENTAIRES

H	03583412	01433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	00723411	11433553

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	03583412	01433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	00723411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel Therapéutique nécessaire à la prothèse

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR ABDELILAH MIFTAH

RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Maladies des Os, Articulations, Muscles, Colonne

Vertébrales & Pied

Diplôme de la faculté de Médecine de Paris

Ancien Attaché des Hôpitaux de France

Ancien spécialiste de l'Hôpital Militaire Avicenne

Radiologie osseuse-Osté odensitométrie-Biopsie-Physiothérapie

Orthèses

Patente n° 35600171 - ICE : 001735515000049

FACTURE N°

/20

DATE :

5/2/2020

NOM :

El Oufi

PRENOM :

Dr. A. A. A. A.

CONSULTATION

Ch. Plaie spl
hystérotomie

560

RADIOLOGIE :

ACTE :

TOTAL :

500 Dhs

Arrêter la présente facture à la somme de Dhs :

Cinq cent cinquante

Dr. Abdelilah MIFTAH
RHUMATOLOGUE
Rés. Salah Al Jarrah 359
Bd. Zerbouni - Casablanca