

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Médecine 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.

Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

 Maladie Dentaire Optique Autres

22758

82 86

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Société :

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

EL KHALIL Rahila

Date de naissance :

22/10/1967

Adresse :

41, Rondouin El Maâkil Bd. Al Pal Ben
Abdelkhalil Dohammedia

Tél. : 0663 499 809 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

El 21/2010 EL KHALIL Rahila Age :

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

B. Jambes, Crâne

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.

25 FEV 2010

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 :

Le : / /

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
02/01/2020			100.00	<p>Dr. HOUY Nour-Eddine Résidence Hassan II APP 12 An Harrouda Tel : 05 22 33 22 63 ICE : 00198117700035</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. HOUY Nour-Eddine ot. Guessous Km. 11 Ain Harouda Tel. 05 22 33 21 42	02/01/2020	274.90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

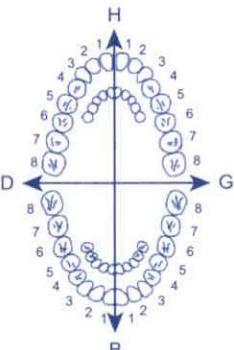
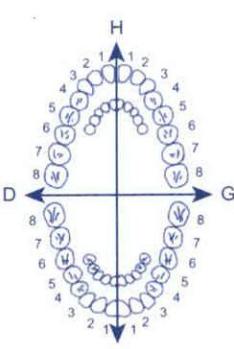
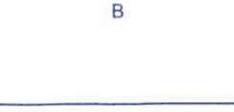
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B	00000000
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Latifa CHATRAOUI

الدكتورة لطيفة الشطاوي

Médecine Générale

Expert Assermenté Auprès des Tribunaux

Résidence Nasadihi - Appt 2

Ain Harrouda

Tél : 05 22 33 22 64

الطب العام

خبيرة محلفة لدى المحاكم

إقامة نسادي - عين درودة

الهاتف : 05 22 33 22 64

Ain Harrouda, le :

٢٠١١/١٢/٢٠

عين درودة، في :

EL KHALIL

fathia

49.70

i) zithromax 500 mg

(1S)

15.90 mg x 5 days

(1S)

a) Topical 5% Ps

(1S)

19.30 mg x 3 days

(1S)

b) otrivine 1% n

(1S)

22.90 mg x 3 days

(1S)

c) lidocaine 2%

(1S)

15.80 mg x 3 days

(1S)

d) Dexamethasone 0.05%

(1S)

99.00 mg x 3 days

(1S)

Pharmacie Gd. Zenata
Dr. HOUZY Nour-Eddine
Lot. Guessoum 17 Ain Harrouda
Tél. 05 22 33 21 42

Docteur Latifa CHATRAOUI
MEDECINE GENERALE
Résidence Nasadihi Appt 2
Ain Harrouda Tel. 05 22 33 22 64
E. 001981177000036

27490

LOT : M0593
EXP : DEC 2021
PPV : 19,30 DH

15,80

PROVISIONNÉ
PAR SOS /
LOT 11001

LOT 181763
EXP 08/2021
PPV 99.00DH

22,70

ZITHROMAX 500 MG
Boite de 03 comprimés
Lot : 1279481
Date Fab : 08 / 2018 Date Exp. 07 / 2021
PPV : 79,70 DH

TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML
P.P.V : 150DH70



6 118000 060901