

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	11677	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BOJIDI EL MOSTAFA
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	06.606.896.85	Total des frais engagés :	11.704,5

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Souad ELFILALI Médecin généraliste INPE / 41153448			
Date de consultation :	02	01/2020	Age:
Nom et prénom du malade :		BOJIDI EL MOSTAFA	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :		DNIO	
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 : SETTAT Le : 02/10/2020
Signature de l'adhérent(e) : JBP

RELEVÉ 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
.....	CMG	INP : Dr. Souad EFILALI Médecin généraliste NPE / 41153448

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BOUHADDAD 11, rue 10000 EL CORDO - PARIS tel : 02372396	02-01-20	117 DHS
	7	7

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

ANALYSES : RADIOGRAPHIES

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

AUXILIARIES MEDICALS

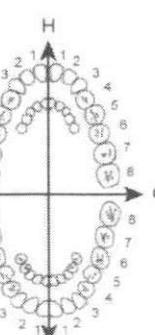
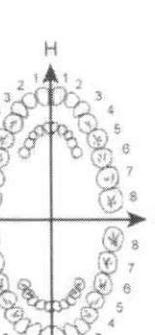
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est 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'OD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
D.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H 25533412 21433582 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession		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

ORDONNANCE

SETTAT le 02-01-2020

M² BOUIDI EL Moshaf.

6x 19,50

1) glucon 500
S.V.
1yp x3 j

après repas

HARMACIE BOUHADDA
Bouhadda Bachelier en Pharmacie
74, Rue Houed El Congo - 901 SETTAT
Tél : 023/723905

3mns

MTDAS

Dr. Souad ELFILALI
Médecin généraliste
INPE / 41153448

GLYCAN[®] 500

Metformine chlorhydrate

50 comprimés dosés à 500 mg



PPV 19.50 DH
LOT L506 PER 05/21

GLYCAN[®] 500

Metformine chlorhydrate

50 comprimés dosés à 500 mg



PPV 19.50 DH
LOT L506 PER 05/21

GLYCAN[®] 500

Metformine chlorhydrate

50 comprimés dosés à 500 mg



PPV 19.50 DH
LOT L506 PER 05/21

GLYCAN[®] 500

Metformine chlorhydrate

50 comprimés dosés à 500 mg



PPV 19.50 DH
LOT L506 PER 05/21

GLYCAN[®] 500

Metformine chlorhydrate

50 comprimés dosés à 500 mg



PPV 19.50 DH
LOT L506 PER 05/21

GLYCAN[®] 500

Metformine chlorhydrate

50 comprimés dosés à 500 mg



PPV 19.50 DH
LOT L506 PER 05/21