

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

tions 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.

Pathologie 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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 29261

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAHYAN B EL HADI

Date de naissance : 01/01/48

Adresse : 3 lotissement AMANZI 4 biolli Marocien. Résidence
radi Baroumi Chent

Tél. : 05 22 22 78 18 : 6548 Total des frais engagés 469 D.H. Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Age : Ans

Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

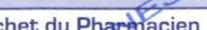
Signature de l'adhérent(e) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 BENCHUKHI B. Dr. en Pharmacie 0522 00 24 80 Hay Moulay Abdellah CASA - TAI	11/12/2023	44100

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

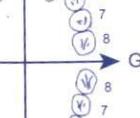
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">D</th><th style="width: 50%;">G</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> $\begin{array}{c} H \\ 25533412 \\ \hline 00000000 \end{array}$ </td><td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> $\begin{array}{c} 21433552 \\ \hline 00000000 \end{array}$ </td></tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> $\begin{array}{c} 00000000 \\ \hline 35533411 \end{array}$ </td><td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> $\begin{array}{c} 00000000 \\ \hline 11433553 \end{array}$ </td></tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> $\begin{array}{c} B \\ 35533411 \end{array}$ </td><td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> $\begin{array}{c} H \\ 21433552 \\ \hline 00000000 \end{array}$ </td></tr> </tbody> </table>	D	G	$\begin{array}{c} H \\ 25533412 \\ \hline 00000000 \end{array}$	$\begin{array}{c} 21433552 \\ \hline 00000000 \end{array}$	$\begin{array}{c} 00000000 \\ \hline 35533411 \end{array}$	$\begin{array}{c} 00000000 \\ \hline 11433553 \end{array}$	$\begin{array}{c} B \\ 35533411 \end{array}$	$\begin{array}{c} H \\ 21433552 \\ \hline 00000000 \end{array}$	COEFFICIENT DES TRAVAUX
D	G									
$\begin{array}{c} H \\ 25533412 \\ \hline 00000000 \end{array}$	$\begin{array}{c} 21433552 \\ \hline 00000000 \end{array}$									
$\begin{array}{c} 00000000 \\ \hline 35533411 \end{array}$	$\begin{array}{c} 00000000 \\ \hline 11433553 \end{array}$									
$\begin{array}{c} B \\ 35533411 \end{array}$	$\begin{array}{c} H \\ 21433552 \\ \hline 00000000 \end{array}$									
MONTANTS <small>DES TRAVAUX</small>		COUPE <small>DES TRAVAUX</small>								

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
	DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صيدلية إنس

PHARMACIE INES

Hay Moulay Abdellah Rue 75
N° 40 - CASABLANCA
Tél. : (02) 50.24.80
Patente : 34033370

LE

21/12/2022

Facture n°

027726

PHARMACIE INES
BENCHIR B.
Dr En Pharmacie
Hay Abdellah Rue 75 n° 40
CASA - Tél. 0522 50 24 80

A MR LAYANE
LIAJJ

Doit

Quantité	PRODUITS	Prix Unitaire	TOTAL
1	Glucos 8.25	44100	44100

PHARMACIE INES
BENCHIR B.
Dr En Pharmacie
Hay Abdellah Rue 75 n° 40
CASA - Tél. 0522 50 24 80

44100
LOT 20183
EXP 12/21
PPV 44DH06

FACTURE ARRÊTÉE A LA SOMME DE

Quittance 44100

Quittance

PHARMACIE INES
BENCHIR B.
Dr En Pharmacie
Hay Abdellah Rue 75 n° 40
CASA - Tél. 0522 50 24 80

IF: 50909392

CNSS: 2515139

ICE: 0017 488-240 00091