

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ééducation :

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.

entaire :

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

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02848 Société : (57417)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HANOUNI BRAHIM

Date de naissance :

01/01/51

Adresse :

BP. 68. BILJAD PR. EL JADIDA

Tél. : 0661756648

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/11/2020

Nom et prénom du malade : HANOUNI BRAHIM Age : 70

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Chagre i Amal

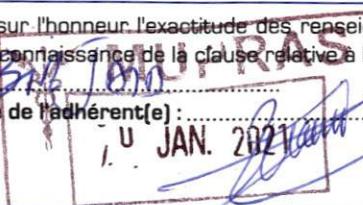
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : BIR JIDID

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 23/11/2020

VOLET ACCUEIL

Déclaration de maladie Nº P19-058165

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
23.11.20			117,00	<i>(Signature) Dr. M. Chatouri Médecin de la Famille 83 Bd Mohamed V 100/21 Tél: 0523 36 02 23 / Gen</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Dr. M. Chatouri Dr. M. Chatouri - Monpelliérain Tél: 0523 36 00 23</i>	23.11.20	389,03

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION				DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION				FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
		35533411	11433553		
	G				
	B				
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS				DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Adil CHATTOURI

Diabétologie et nutrition

Médecine générale



الدكتور عادل الشاطوري

علاج أمراض السكري والتغذية

دبلوم جامعي من كلية الطب بوردو فرنسا

الطب العام

الفحص بالصدف

تخطيط القلب - التصوير بالأشعة

الأدلة - العدد ١ - الطبة

Radiographie Numérique

Nom,Prénom :

BirJdid, le 23 NOV 2020

Mr BRAHIM HANOUNI

40,3, 1) XANAX 0,5 mg, Comprimé sécable
1/2 cp /j

27. 10. 32) ALIVIAR 50 mg
1 gel 2/i 1 moi

123, 25 3) REVITAL
1 gel 2/j

4) RACIPER 20 mg
1 cp /j 1 moi

389, 052
Pharmacie b1 jcid
A bde/hak chouni
Dr.en pharmacie II Montpellier
45 av hassan II bar jhd
Tel (05.23.36.00.23

الدكتور عادل الشاطوري
Docteur Adil Chatboun

~~Docteur A. N.
Médecin Généraliste
B3 Bd Mohammed V Rés. Kédaoui Bir Jidid
Tél: 0523 36 03 30 / Gsm: 0665 31 21 03~~

PPV: 144DH50
CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2

CODE No : HP/DRUGS/MNB/95/2

