

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 052136

Optique *73977* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2852*

Société : *Retraite*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *Zaidane Abdellah*

Date de naissance : *05/01/49*

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : *173,40* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : *09/06/2021*

Zaidane Abdellah

10 JUIN 2021

MUPRAS BOUZAACHANE

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE BENSLIMANE

12 Av Hassan II Benslimane 13000

PB N° 2 - BENSLIMANE

Tel: 05 23 29 14 93-Fax: 05 23 29 16 14

02/06/2021

173,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Cœfficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

P C

I M

Montant détaillé des Honoraires

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H 25533412 00000000 35533411	D 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. El Mostafa MOBARIK
MÉDECINE GÉNÉRALE

ECHOGRAPHIE GÉNÉRALE

Diplômé de l'Université de Paris

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

الدكتور مصطفى المبارك

الطب العام

الفحص بالموجات فوق الصوتية

شهادة جامعة باريس

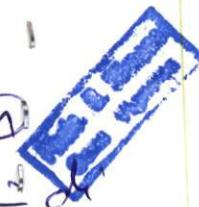
خبير محقق لدى المحاكم

I. N. P
0610586 32

M² ZAIDANE Abdellah Ben Slimane, le 02 JUIN 2021

3700

1. Duo xol 4p



1p 2x/15 min

9900

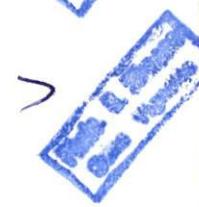
2. Relaxium 375



1 gel le soir

3740

3. Androtandyl 250



17340

4. Supplomat 4p



1/1 le matin

صيدلية ابن سليمان
PHARMACIE BENSLIMANE
2. Av Hassan II Benslimane 13000
PB N° 2 BENSIMANE
Tel.: 05 23 29 14 03 Fax: 05 23 29 16 14

Dr. EL MOBARIK. E
Médecine Générale
31, Rue Mabrouka
Benslimane

GSM
06 15 23 80 51



37,00