

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

litions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

iologie 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.

cique :

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.

ntaire :

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



ND:79664

Déclaration de Maladie : № S19-0001800

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6.807 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AAYOUCH ABDELLAH Date de naissance : 25.04.1963

Adresse : RUE 282 N° 22 HAY HLY ABDELKARIM

Tél. : 06 20 75 06 92 Total des frais engagés : 130 + 235,12 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/06/2021

Nom et prénom du malade : Mellouk Abdellah Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hypertension

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 : 0252 Le : 25/06/2021

Signature de l'adhérent(e) : AAYOUCH ABDELLAH

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
25/06/2021			13000	Dr. Hind HARTI Médecin Dentiste N°37 Hay My Abderrahmane Angle Bd Med VI et ELKHALIL RUE 18 Tél: 0522 50 49 36

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DR HIND HARTI N°37 Hay My Abderrahmane Angle Bd Med VI et ELKHALIL RUE 18 Tél: 0522 50 49 36	25/06/2021	235.10

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	

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 d'état de la dentition.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	G	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			DATE DE L'EXECUTION

Dr. Maria CHRAIBI

- Médecine générale
- échographie



الدكتورة اشرايبى ماريا

- طب عام
- رجال، نساء ، أطفال
- الفحص بالصدى
- طب النساء
- تتبع الحمل

ORDONNANCE

Casablanca, le

..... 25.06.21

الدار البيضاء، في

201,00
TAXATION
TAXE 2022
TAXE 2022
TAXE 2022

Mellouk Aicha

201,-
 1) daflon 1g ep 1's
 x 35 pots
 14,50 pr x 25 pots
 11,50
 2) hemofast sup pp x 25
 19,60 f stane
 19,60 Pommade
 3) 235,- 10

DR. MARIA CHRAIBI
 180 Bd. Aba Chouaib Doukali, 1^{er} étage-Hay El Farah
 Casablanca Tél : 05 22 83 64 24

PHARMACIE BD MOHAMMED VI
 Dr. Hind HARTI
 N°37 Hay My Abdellah Ain Chicha
 180, Bd. Med. VI et ELKHALIL Rue 284
 Tel : 0522 50 49 34

180 شارع أبي شعيب الدكالي الطاقي الأول هي الفرج
 الدار البيضاء - الهاتف 05 22 83 64 24