

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

Informations 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.

Biologie 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.

Education :

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.

Opticien :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

(81497)

Déclaration de Maladie : N° S19- 0004246

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11440 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN Moulay Date de naissance : 25/01/66

Adresse :

Tél. : 0665796162 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/08/2021

Nom et prénom du malade : BEN Moulay HAFSA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Toux + Fièvre

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : f

Le : 05/08/2021

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
05/08/2029	C		150,00€	 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AN-NIA 522010578	5/8/2020	54,75

INPE: 0920105/0

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

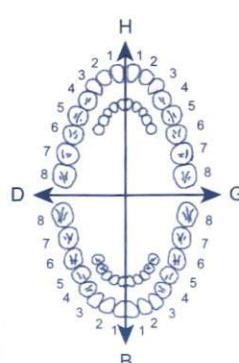
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Dr Redouane EL ARABI

Médecine Générale

Echographie

Electrocardiogramme

Petite Chirurgie - Circoncision

PARANTAL 1000°

PPV 130H60
EXP 01/2024
LOT 00070 8

الدكتور رضاوا

الطب الـ

الفحص بالـ

تخطيط الـ

الجراحة الصغيرة - الحفان

Casablanca, le 05 / 08 / 2021 الدار البيضاء، في

BEN MOUNAY HAFSA

2x70% PIAZ i/x Teling Ci
+ CPX 3i

10,6° PARANTAL mew
+ CPX 3i

49,6° D.C.R FORTE 4 S

1AMP + 1 banan

40,0° Z ENA 8kin

+ CPX 3i

97,7° CARDIOSPERINE ne

+ CPX 3i

69,0° Doc Vox

+ CPX 3i

40% clapponer.

تجزئة الحاج فاتح - الرقم 141 - الطابق السفلي - السقة رقم 2 - الدار البيضاء - الهاتف: 09 03 22 93 05

Lotissement Hadj Fateh - Lot 141 - R.D.C-Apt.2-Casablanca-Tél.: 05 22 93 03 09

Dr Redouane EL ARABI
Agree par
Mairie de La Sante
N° : 1532
Date : 05.22.93.03.09

AZIX®

AZIX

Azithromycine

500 mg

Voie orale

PPV: 79DH70

PER: 11/23

LOT: J3285

AZI[®]

AZI

Azithromycine

500 mg

voie orale

PPV: 79DH70

PER: 11/23

LOT: J3285

EXP: 04/2024
LOT: 21D27
P.P.V: 49,60 DH

3 ampoules buvables

 **D-CURE® FORTE**

Cholécalciférol 100 000 UI
Vitamine D3