

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.

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.

Orthopédie :

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

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 : 5575 Société : F.A.M 8367h

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MEC HAFI ABDELLATI FT

Date de naissance : 14-09-59

Adresse : DES. SAIDI BLOC B AP 5-09-02-102101
TEJOURA

Tél. : 06.20.13.42.23 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13.07.2021

Nom et prénom du malade : YASMIN - CHAFAK Age : 62 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : VICE

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 : TETOUAN Le : 13.07.2021

Signature de l'adhérent(e) :

RECHÈRES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Contenu	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
8/2/2021	C		1601	Médecin Lauréat de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat Tél: 06 00 23 59 53
13.02.2021	D-C		2511.60	tanbiu!!!

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	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

CLINIQUE RIF

MEDICO -CHIRURGICALE
242, Avenue des FAR TETOUAN
039 99.91.42/43/44 Fax :039 99 9145

FACTURE

N° 6 939 2021 du 13/07/2021

		Entrée	Sortie
Nom patient	CHAIFI YASSMINE	13/07/2021	13/07/2021
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
PART CLINIQUE	1.00		100.00	100.00
OXYGENE	1.00	O2	50.00	50.00
PHARMACIE	1.00		101.60	101.60
Total Frais Clinique				251.60

Total général 251.60

Arrêtée la présente facture à la somme de :
DEUX CENT CINQUANTE ET UN DIRHAMS SOIXANTE CENTIMES

Encaissements	Espèces 251.60	Total encaissé 251.60	Solde 0.00
---------------	-------------------	--------------------------	---------------



ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : CHAFI YASSMINE	N° Facture	6 939		21G132305
Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant	
PARACETAMOL INJ (01)	1	30.10	30.10	
Sous-Total médicaments			30.10	
HYPAFIX 10*15CM (020)	1	7.50	7.50	
INTRANUL G22 100	1	22.00	22.00	
LUNETTE OXIGENE (001)	1	30.00	30.00	
PERFUSEUR A/F (001)	1	12.00	12.00	
Sous-Total consommable médical			71.50	
Total pharmacie			101.60	



NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la constatation de l'état du malade :

B. 07. 2021

2) Renseignements cliniques sommaires :

.....
.....
.....
.....
.....

3) Traitement envisagé correspondant à la cotation indiquée sur le bulletin d'information ou à la demande d'Entente préalable (si possible, nombre des actes en série) :

Medicale
.....
.....
.....
.....

4) Durée prévisible du traitement :

.....
A Tetskau le 13/07/2021

Signature :

*BITANNEC M. B. J. M.
Médecin
Lauréat de la Faculté
de Médecine et de Pharmacie
de Dijon - N° 00 23 59 53*