

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

Sons 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.

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.

Optique 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.

Rééducation :

- 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 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 89048

Société : RETRAITE, RAM,

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAKIR MOHAMMED

Date de naissance :

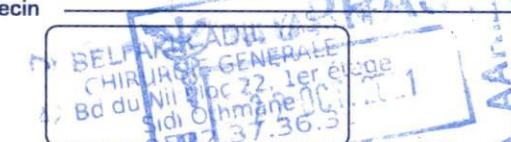
Adresse : CITE MIBARKA BENANI, RUE 72
N° 20 CASABLANCA

Tél. : 0639220468

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/09/2021

Nom et prénom du malade : Sidi Fethi ADIL

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

gastro aigue

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : CHAKIR MOHAMMED

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
20/09/2021	—	G	27600DA	DR BELFAKIR ADULT HOSPITAL CHIRURGIE GENERALE DOU NIDDE 22, 1er étage SIGNE ET DATE TEL 0524 22 36 35 DR BELFAKIR ADULT HOSPITAL CHIRURGIE GENERALE DOU NIDDE 22, 1er étage
20/09/2021	Contrat	G		
28/09/2021				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Aun INPE	20/09/21	333,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

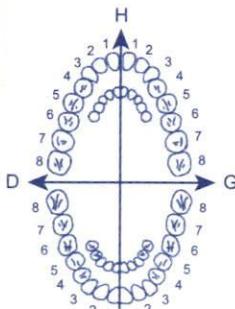
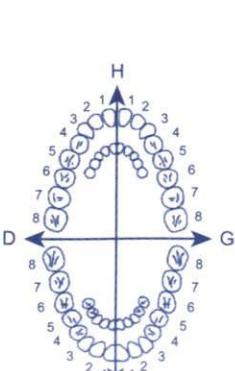
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important

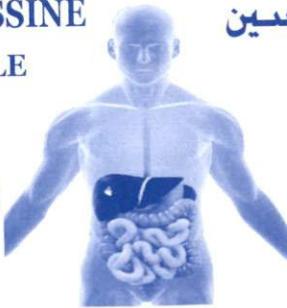
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bila

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

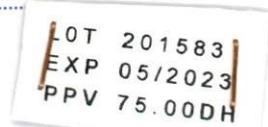
VISA ET CACHET DU PRATICIEN

- CHIRURGIE DIGESTIVE
- CHIRURGIE ENDOCRINIERE
- CŒLIO CHIRURGIE
- ECHOGRAPHIE



- جراحة الجهاز الهضمي
- جراحة الغدد
- المراجحة بالمنظار
- الفحص بالصدى

Fait ,le : 20-09-2021



Sahib Fathia et chatkin:

75,00

(1) Kalef la



LOT 200515
EXP 05/2023
PPV 34.40DH

→ get a sy → 14

34,40 (2)

Dis pain sy:



Mabrouka
38

54,00

(3)

Dus pthaki la



DSOSPATALIN 200MG
GELU B20
P.P.U. 540H00
LOT: 21E002
PER: 03/2023

84,80x2 (4)

prépar s (260)

O

PPV 84DH80
PER 02/24
LOT K571

= 333,00

PPV 84DH80
PER 04/24
LOT K1130

42, Boulevard du Nil, Bloc 22, 1 er étage Sidi Othmane - Casablanca - Tel: 05 22 37 36 35
42, شارع النيل بلوك 22 الطابق الأول - سيدى عثمان - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 37 36 35

E-mail : belfakiradil@hotmail.com - GSM : 06 44 88 62 04