

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Souscriptions 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.

Une 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 :

Toutes 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.

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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.

M.2903

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8246 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ELOIDGHIRI EL Abid

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0663867779 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Khalid EL OIDRHIRI
Médecin Colonel
Spécialiste en Médecine de Sport
Appliquée en Médecine Navale
INPE: 091019950

Date de consultation : 10/03/2022 Nom et prénom du malade : ELOIDGHIRI EL Abid Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Infarctus

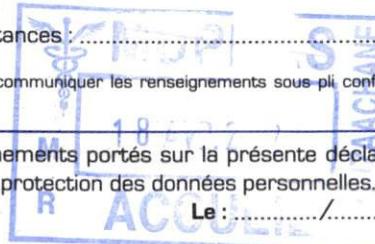
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Dr. Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/03/2022	C	1	Gratuit	Dr. A. H. D. R. H. R. I. Médecin Colonel Spécialiste en Médecine de Sport Appliquée en Médecine Navale INPE : 091019950

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: center;"> P<small>HARMACIE NOUVELLE MEDINA</small> <small>MBL S.A.R.L A.D.</small> <small>Rue Abou El Abbès Barth Bouldjedid</small> <small>CASABLANCA</small> <small>Tel. 0522 388388 Fax 0522 388446</small> </p>	10/03/2012	165,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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				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

ORDONNANCE

M = EL OUDHIRI

El Abbès

Céba

le, 10/03/2022

149.80 (1) Melchrum 500 mg
149.80 nestin

LOT 200280
EXP 02/2023
PPV 149.50 DH



6 118000 081937

15.80 2) Bieljane 500 mg
15.80 10x30; x05 je

