

INFORMATIONS A LIRE POUR
REBOURSEMENTS 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.

Radiologie 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.

Prothèses :

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.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Les Mails utiles

Information : contact@mupras.com
Facture : pec@mupras.com
Changement de statut : adhesion@mupras.com

Le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1042 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : AIT MERIM Brahim

Date de naissance : 01/01/1949

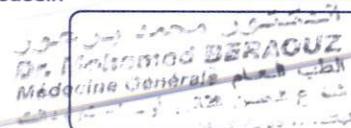
Adresse : Halituelle

Tél. : 06 896 29 85 4

Total des frais engagés : 170,00 + 143,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/04/2022

Nom et prénom du malade : ZARRAT

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

TOURA, VOMIES, DÉS

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	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/04/2021	C	170,00	170,00	

04/04/2021

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/04/2021	143,60 D.H

042031864

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de restauration

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553	
	G	
	B	

DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	CCEFFICIENT DES TRAVAUX			

DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	CCEFFICIENT DES TRAVAUX			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN AT

Dr. BERAOUZ MOHAMED

Médecine Générale

Echographie Générale

Ex Médecin des

Charbonnages

du Maroc - JERADA.

الدكتور براوز مهند

الطب العام

الشخص بالامواج فوق الصوتية

(الإيكوغرافيا)

طبيب سابق بمقام المغرب

برادة

Aoulouz, le 26/04/22 أولوز في :

Zarrat fatima

183

42,00

110,00

15,30

= 143,60

PHARMACIE DE L'HOPITAL
Dr. LOTFI Abdelfattah
N° 02 Bd. Hassan II - AOULOUZ
Province TAROUDANT

شارع الحسن الثاني (قرب الصيدلية الكبرى لأولوز) أولوز - تارودانت - الهاتف : 05.28.53.95.17 - المحمول : 06.71.91.87.49

PPV 18DH30 EXP 10/2024
LOT 10017 4

1900

CETAMYL[®]
Paracétamol 500 mg
Boîte de 16 comprimés effervescents
P.P.V. : 15,30 DH
6 18000 190226