

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Dentaire :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7155 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : 114825

Nom & Prénom : GOTNI AHMED

Date de naissance : 09.07.1962

Adresse : HABITuelle

Tél. : 0635738080 Total des frais engagés : 129,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DILOUHIA AYADI Nouakchott Diplôme d'Institut de Radiologie - El oued 12, Bd du Général Sékouba - Casablanca 0522.90.17.15 - C</i>	10/11/20	129,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

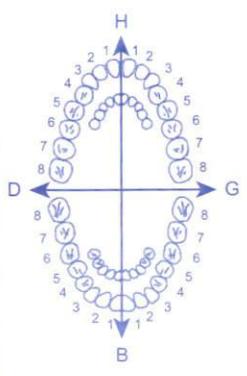
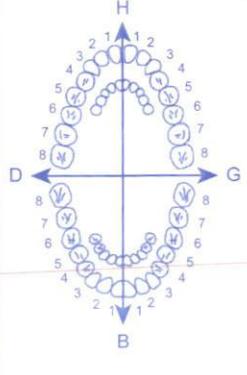
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX		
						
MONTANTS DES SOINS						
DEBUT D'EXECUTION						
FIN D'EXECUTION						
COEFFICIENT DES TRAVAUX						
MONTANTS DES SOINS						
DATE DU DEVIS						
DATE DE L'EXECUTION						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	
	H	25533412	21433552			
		00000000	00000000			
		00000000	00000000			
		35533411	11433553			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

PHARMACIE NOUZHA

MME DIOURI AYADI NOUZHA

602 BD OUM EL RABIA EL OULFA

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35035000

N° R.C. : 234244

N° CNSS :

N° ID.F. :

N° ICE 001665688000086

Tel : 901715

Fax

AHMED GOTNI

I.C.E. :

7

CASA

LA 7155

Le : 10/05/2022

FACTURE N° : 44980/22

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	ARGO 250ML SIROP	30,50	7	30,50
1	INESO 40 CP BT 14	99,00	7	99,00

LOT: M0579
PER: 06/2023
PPU: 99,00 DH

TVA 7%: 8.47

Total : 129,50

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :
CENT VINGT NEUF DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

02, 052, 90, 17, 15 - CASA
DIOURI AYADI Nouzha
Diplôme d'Infirmière de Bruxelles
Mme DIOURI AYADI Nouzha
02, 052, 90, 17, 15 - CASA

LOT : 4246
UT-AV : 10 - 24
P.P.V: 30DH50

ARGO®

Alginate de sodium/Bicarbonate de sodium

250 ml

Suspension

buvable

Voie orale