

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Éducation :

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.

N° P19-

048312

MA5715

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10589 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Baada Brahim

Date de naissance : 07-01-1959

Adresse : 10 RUE HAY EL WAHDA WALADA BERRECHID

Tél. : 0667376518 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/07/2022

Nom et prénom du malade : BAADA Mohamed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Gas angine

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 : DEROUT

Signature de l'adhérent(e) : BAADA Mohamed

Le : 19/05/2022

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
08-05-2022	G	300,00	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL MOUNA SARL AU Dr. FADIR NADIA N°71, Rue Ibn Raumi Berrechid Tél.: 03 22 32 62 63	08-05-2022	149,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

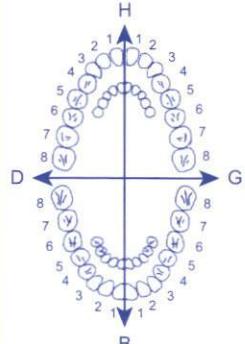
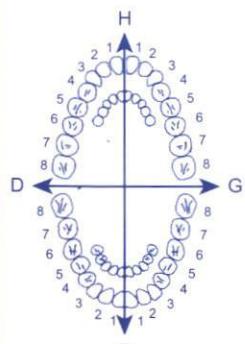
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION																		
																						
																						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																						
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																						
<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	00000000		00000000	D	00000000	00000000	35533411		11433553	B			G		
H	25533412	21433552																				
00000000		00000000																				
D	00000000	00000000																				
35533411		11433553																				
B																						
G																						
(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

ORDONNANCE

B B

NOM:

prénom:

Mohamed Beader

28 / 05 /2022

Poids : 20kg.

11,30

21-

Vogalène : suppet = 5mg
(SV)
1suppet x 3/jr pd 3/jr

20,60

21-

Augmentin : sirop
(SV)
1DP x 3/jr pd 6/jr

42,00

31-

Predni 20mg.
(SV)
1cp /jr pd 5/jrPharmacie AL MOUNA
SARLAU
Dr. FADIR NADIA
N°71, Rue Ibn Raumi Berrechid
Tél.: 05 22 32 62 63

12,80 x 2

41-

Doliprane 300 mg
(SV)
1sachet x 3/jr pd 5/jr

Signé:

T. 149,50

Pharmacie AL MOUNA
SARLAU
Dr. FADIR NADIA
N°71, Rue Ibn Raumi Berrechid
Tel: 05.22.32.82.69

42,00 ↑ 12,80 ↑

LOT: 211435
PER: 09-2024
PPV: 11.2014
PPV: 70,60 DH
PPV (DH):
LOT: 648468

PPV: 12 DH 80
PER: 01/24
LOT: L 339

CLINIQUE IBN ZOHR

INPE, code à barres

0 | 6 | 0 | 0 | 6 | 2 | 7 | 1 | 8 |

FACTURE N°

Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie

825 / C / 2022

Assuré

Nom & Prénom

N° CIN

N° immatriculation

Bénéficiaire

Nom & Prénom BAADA MOHAMED

N° CIN XXX

Assuré(e)

Conjoint

Enfant

FRAIS CONSULTATION

Désignation	Qté	PU	Montant
CONSULTATION MEDECIN SPECIALISTE	1.00	300,00	300,00
TOTAL			300,00
TOTAL GENERAL			300,00

Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:

TOTAL GENERAL

TROIS CENTS

VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE

