

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

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.

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 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

- Reclamation : 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.

MLD

12/10/09

Maladie Dentaire Optique Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8192 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EDDERKAKI AHMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0670760303 Total des frais engagés : 2561,80 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
armacie RIVAGE secteur 3 N°3450000000 Témara - Tél: 05 37 64 51 85 0078698	2015/7/22	2561,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

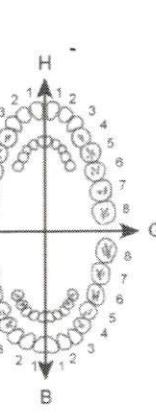
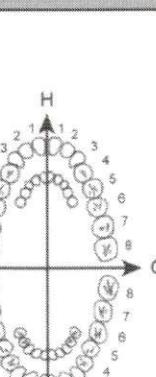
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'OC.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----			B	35533411	11433553	G			<input type="text"/>
	H	25533412	21433552															
	D	00000000	00000000															

	B	35533411	11433553															
	G																	
	[Création, remont, adjonction]		<input type="text"/>															
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<input type="text"/>															
			<input type="text"/>															
			<input type="text"/>															
		<input type="text"/>																
		<input type="text"/>																
		<input type="text"/>																
		<input type="text"/>																
		<input type="text"/>																
MONTANTS DES SOINS		COEFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
DATE DU DEVIS		MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
DATE DE L'EXECUTION		COEFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				<input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie AL WOUROUD - Témara

Loubna JENNANE

0537645185

SECTEUR 3 AL WIFAQ N 3482, TEMARA

MLD



Facture N° FAC-98422

Date : 20/07/2022

AHMED EDEKKAKI

Maroc

Pharmacie AL WOUROUD
Secteur 3, N°3482, AL Wifaq
-Témara-
Tél: 05 37 64 51 85

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
AMLOR CO 10MG B28 COMP	2	98,90	1	197,80
RYZODEG FLEXTOUCH 5UI/3ML B5 INJECTABLES	2	1 182,00	1	2 364,00
UT.AV : 05 24 P.P.V. 98 90				
LOT N° : FF09-7 98,90				
UT.AV : 05 24 P.P.V. 98 90				
LOT N° : FF09-7 98,90				
09366128/3	1	2	3	
Taux	0%	7%	20%	
Montant (DHS)	0	0	0	
			Total HT	2 561,80 DHS
			TVA	0 DHS
			Total Organisme	0 DHS
			Total Client	2 561,80 DHS
			Total	2 561,80 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : deux mille cinq cent soixante et un DHS et quatre-vingts centimes