

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 366 Société : ND 607

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MESSAoudi Mohamed 134607

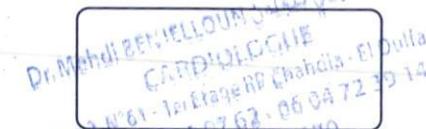
Date de naissance : 1933

Adresse :

Tél. : 05 22 891070 Total des frais engagés : 8292 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/09/2012

Nom et prénom du malade : MESSAoudi MOHAMED Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

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) : M. MESSAoudi

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
10/07/2017	CGT EEG		15000 Dr. Mehdi BENJELLOUN 100/20	Dr. Mehdi BENJELLOUN CARDIOLOGUE Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14 IMPE: 91170670

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur <i>PHARMACIE MULAYA MOULOUYA</i> Docteur en pharmacie 220-222-224 Bd Qued Moulaya Casablanca - Tel: 0522 90 51 33 ICE: 002 001220000071	Date <i>29.03.92</i>	Montant de la Facture <i>685 KRT Abdellati Docteur en pharmacie 220-223-224 Bd Qued Moulaya El Ouard Casablanca - Tel: 0522 90 51 33 ICE: 002 001220000071</i>
--	--------------------------------	--

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction] onctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

ISA ET SACHETS DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Casablanca, le : 29/09/2022

Nom et Prénom :

MESSAOUDI Mohamed

116,00 x 3

NOVORTAN 150

1 comprimé le matin, pendant 3 mois
155,00

VEINOREINE

24,70 x 8
1 comprimé le matin, pendant 2 mois

TARAXET

1/2 comprimé le soir

66,00

ARVANOL (S)

INPE: 917072

IN

COOPER PHARMA
PPC: 159,00 DH

LOT : 2248
PER : 02/24
PPV : 116,00 DH

LOT : 2248
PER : 02/24
PPV : 116,00 DH

LOT : 2247
PER : 02/24
PPV : 116,00 DH

Lot : AUCHM 96020;
Exp. : 10/2023
PPC : 66,00 dh

24,70

24,70

29-Sep-2022 10:55:38 Fréq. Card.: 76 BPM
 Axes P-R-T: 44 41 53 Int PR: 150ms
 Dur.QRS: 78ms QT/QTc: 359/390ms

ID:
 D-naiss:
 ans,

