

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 : 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-712914



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

12310

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Samia

IBTISSAM

Date de naissance :

15-07-1984

Adresse :

DR ABDSELAM YINNE ou LAD SALET NVAEEN

Tél. :

0660 388570

Total des frais engagés :

1250,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : 16/11/2022

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NADOR LAHLOU Abdelali Tunisie - Avenue Nadir-Pôle 25 - 10.29 Tél: 22 28 05 70	25.10.29	950,00 dh

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
	SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
						Coefficient des travaux <input type="text"/>												
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
						DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
						FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
	ODF PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	35533411	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
		H	25533412	21433552														
		D	00000000	00000000														
		G	00000000	35533411														
B		35533411	11433553															
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		



Asthme - Tuberculose - Allergie

Bronchoscopie

Tests cutanés - EFR (spirométrie)

Pathologie du sommeil

الضيق - السل - الحساسية

الشخص بالمنتظر

فحص وظائف الرئة

أمراض النوم

اختبار الحساسية

Casa Le :

25/10/2012

TAoudine DRISI YAHYA

11 unitro sirop

(S.V)

Dose de 25 après repas

part 3

(S.V)

40,00

21 prendre 20 et 148 et 112 la matin part 3

PHARMACIE NADOR

LAHLOU Abdelali

3, Rue l'Hérault Av. Nadir-Pole
Casablanca. Tél: 0522 28 05 76

115,00

3/5 saflu 30

(S.V)

(S.V)

206,00

41 Clowair 5 le s/n (à 3 n/s)

(S.V)

20,00

5/1 Ante sirop 100 le s/n (à 3 n/s)

950,00

الطابق الأول، شارع تازة، الرقم 3، إتارة 2، عين الشق - الدار البيضاء

1er Etage, Bd Taza N° 3 Inara 2, Ain chock Casablanca

Tél.: +212 522 521 901 / Gsm : +212 663 407 724 / E-mail : a.elidrissim@yahoo.fr

PPV:206,00 DH

PPV:206,00 DH

LOT: GB11130
PER: 07/2023
PPV: 115 DH 00

Etiquette

ZENITH PHARMA
PPV : 206,00 DH

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

PPV 40,00

77,00

PPV:20DH00
PER: 04/25
LOT: L1437

PPV:20DH00
PER: 04/25
LOT: L1384

PPV:20DH00
PER: 04/25
LOT: L1437

PPV:20DH00
PER: 04/25
LOT: L1437

PPV:20DH00
PER: 04/25
LOT: L1437