

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° M21- 068958

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7189 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BIAR ABDELKARIM

Date de naissance : 27.12.1964

Adresse : Tasse 2 Rue Dafnouh Timour N 31

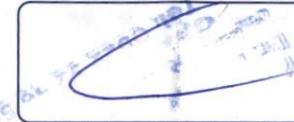
BELAÏD

Tél. : 06.266.59.199

Total des frais engagés : 3435 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/11/2016

Nom et prénom du malade : Alitabi Habiba Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Vice de l'aftection

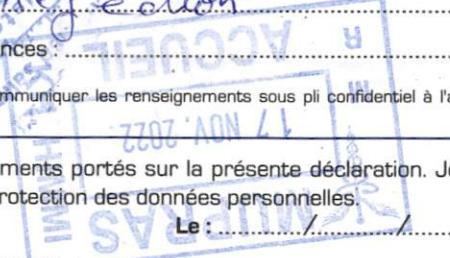
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/11/2022			300 D.H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie RACHIDI	15/11/22	
CHBANY Zouhair		
Docteur H. BERRECHID		
9, Bd. Rachidi 1000		
Tel: 0664 49 38 17		
Pharmacie RACHIDI		
CHBANY Zouhair		
Docteur H. BERRECHID		
9, Bd. Rachidi 1000		
Tel: 0664 49 38 17		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

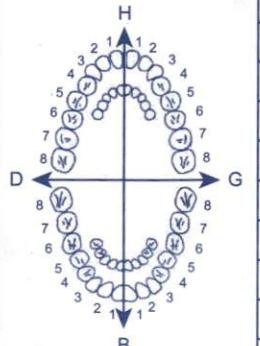
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
UNIVERSITY	16/11/22					30000
Imm Zouhair Rue El Hassan Deyeb CHBANY Zouhair Docteur H. BERRECHID 9, Bd. Rachidi 1000 Tel: 0664 49 38 17	INR. 095029690					

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.

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

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

Facture

	Facture N° : 563 Date : 2022-11-14 Client : GHATTAB HABIBA	STE UNIVERS OEIL RUE EL MANSOUR DAHBI IMM ZINOUN MAG N°3 Tel: 0640038795
---	---	--

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLVPD	+5.00	-1.75	85	+2.50
VLVPG	+5.00	-0.25	90	+2.50

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	PROG ORG 1.6	1	1250.00	1250.00
2	PROG ORG 1.6	1	1250.00	1250.00
3	Monture 1	1	500.00	500.00

TVA	20%	Total TVA	500.00
Total HT	2500.00	Net à payer	3000.00

Arrêtée la présente facture à la somme :

trois mille Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

STE UNIVERS OEIL – RUE EL MANSOUR DAHBI IMM ZINOUN MAG N°3 – 0640038795 –
JF: 24815124 - JCE: 001961779000078 - RC:20197 - TP:3957560J

UNIVERS'OEIL
Imm Zinoun N°3 Rue El Mansour Dahbi N°3
MOHAMMAD MOHAMED
ICE: 001856379000092/TEL: 05 23 30 86 44