

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 radiô-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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

11693
DRIFI Hassan
Dau
Diouch Imad
29.01.75
habituelle
06 99 32 50 34
150 + 109,70 DHS
DHS

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **11693**

Matricule : **11693** Société : **Dau**

Actif Pensionné(e) Autre : **Diouch Imad**

Nom & Prénom : **Diouch Imad**

Date de naissance : **29.01.75**

Adresse : **habituelle**

Tél. : **06 99 32 50 34** Total des frais engagés : **150 + 109,70 DHS**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **28 Docteur DRIFI Hassan
Médecine Générale
Médecine des Urgences
Dr. Drifi Hassan 224 14 90**

Date de consultation : **28/11/2022**

Nom et prénom du malade : **Diouch Imad**

Age : **47**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Diouch Imad**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **Sur**

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 : **DRIFI Hassan** Le : **28/11/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **DRIFI Hassan**



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
28/11/22	C	100	109,00	Docteur DR M. HASSAN 004630 Médecine Générale Médecine des Urgences Med V Balvédère Date : 28/11/22 à 14:00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MASSIRA INPE 1092007814 Dr. M. HASSAN 05/22 24 85 44 Ahmed SA Oufas	28/11/22	109,00

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

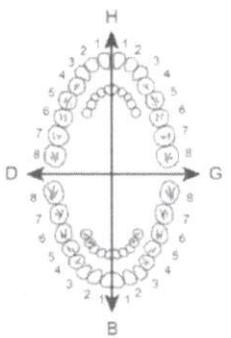
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

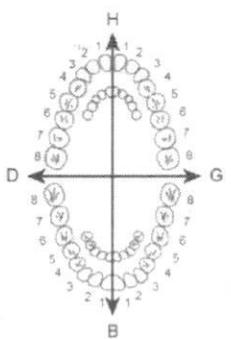
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[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

DEBUT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Ordonnance

Lassa

le: 28.11.2022

Nom & prénom:

IND Dinch

79,70 A 20x 000

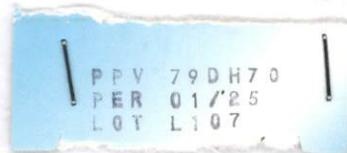
Diphyllo 1000 mg

TOLEXIL

14,00

25, R

109,00



TYPE: 092nnn7814

PHARMACIE AL MASSIR
51 Rue Sidi Ali
Dr. El Hame BEHRA
Ahmed
Tel: 05 22 24 80 54
Fax: 05 22 24 85 44

Docteur DRIFT Hassan
Medecine Generale
Medecine des Urgences
625, Bv. Mohamed V, Belvéd
Télé: 05 22 24 17 30

PPV: 14DH00
PER: 05/25
LOT: L1823

TOLEXIL
SIROP FL 150 ML
P.P.V.: 150H70
LOT: 22019
PER: 03 2024
Barcode

6 1180001060991