

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.

A 49672

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5669

Société : RAY

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MELKI BEERRADA LADIA

Date de naissance : 08/01/60

Adresse : 7, résidence Annabur Bd TANTAN ADC
CAS 7

Tél. : 0661319697 Total des frais engagés : 46,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

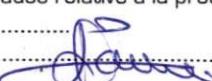
Nature de la maladie :

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 : CASA Le : 15/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Gachet du Pharmacien Fournisseur	Date	Montant de la Facture
TRICIE DE BOURGOGNE Bd Zéphirouin - Cassebelle Tél. 05.22.27.73		116,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE DE BOURGOGNE BERKADA TAZI Halima 341. Bd. Zerkouni - Casablanca Tél.: 05.22.27.73.44			

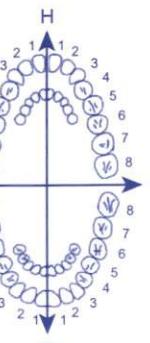
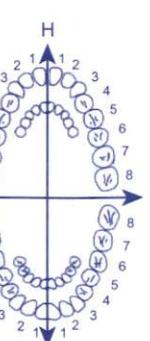
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

s de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DEN		Nature des Soins	Coefficient																						
<p>Maphar Km 10, Route Cadière 111, Ql Zenata Ain sebaa Casablanca Gyno-pevary 150mg 1p ovule P.P.V. : 57,90 DH</p> <p>6 118001 181261</p> 		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXECUTION</p>																							
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 		<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		G		D	00000000	00000000	B		G		(Création, remont, adjonction)		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
H	25533412	21433552																							
D	00000000	00000000																							
B		G																							
D	00000000	00000000																							
B		G																							
(Création, remont, adjonction)		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>		<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																							

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL

ADULTE
10 Comprimés

COMPRIMÉ



bottu s.a.
B2, Allée des Casuarinas - Aix-Séjouls - Castiblanca
S. Bachauchi - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH00
PER: 07/23
LOT: J1964