

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-720772

13439

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : TIKER

Société : 2729 RAH.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : TIKER Alideplatis

Date de naissance : 1949

Adresse : el Manahidine N°31 el Yadiha

Tél. 060669219964

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1956

Nom et prénom du malade : NASRI NASAT

Age : 1956

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : dialyse

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	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ALBI Youngess ET ALBI Dren Pharmacie de la Faculté de la Lauréat de la Faculté de la ct de Pharmacie de la 22, Bd. Attahria 22, 31400 ALBI	14/03/23	1554.00

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

LOT D455069N.6 LOT D455069AD.1 LOT D455069AD.1
UT AV 07 2024 UT AV 07 2024 UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH PPV 111.00 DH PPV 111.00 DH

LOT D455069N.6 LOT D455069N.4 LOT D455069N.8 LOT D455069AD.1
UT AV 07 2024 PPV 111.00 DH UT AV 07 2024 UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

33
LOT D455069N.4 LOT D455069N.3 111.00 DH
UT AV 07 2024 UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH PPV 111.00 DH
LOT D455069N.6 LOT D455069N.5
UT AV 07 2024 UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH PPV 111.00 DH

LOT D455069N.5
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069N.3
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

PPV 111.00 DH

DEBUT D'EXECUTION

0.D.F THESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H 25533412 21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX
---------------------------	--	--------------------------	----------------------------

	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DES SOINS	DATE DU
---	---	-----------	---------

8	DATE DU DEVIS
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	

B	DATE DE L'EXECUTION	
---	------------------------	--

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE DU SOLEIL

Youness ET TALBI
Docteur en Pharmacie

37-39, Bd. Attahrir - Bouchrit
Tél. : 023.34.34.61 - EL JADIDA

FACTURE N° 000280

El Jadida, le 14/03/23

Mme ENNACRI NAJAT

Doit

Qté.	Désignation	P.U.	Montant
14	Humalog Mix 50	111,00	1554,00
<p>Arrêté La Présence de la Facture Sous le montant de mille cinq cent cinquante Quatre Dirhams.</p>			
<p>maladie cronique</p>			
<p>PHARMACIE DU SOLEIL Youness ET TALBI Docteur en Pharmacie 14/03/2023</p>			

Signature et Cachet