

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.

M22- 0024216

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 16.17 Société : Retraite

Actif Pensionné(e) Autre : 153967

Nom & Prénom : M GARS MOHAMED

Date de naissance : 01.01.1950

Adresse : IM. F6. Apt 2C. RESIDENCE EL WAHAD BERRECHID

0522395683

Tél. : 06.74.74.77.68 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ESSOUEI Abderrahim
Omnipraticien
128, Bd Mohamed V Berrechid
Tél: 05 22 33 75 70
06 50 43 56 34

chypnacel

Date de consultation : 03.12.2023

Nom et prénom du malade : JARTI SOUAD Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA et fo refe

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie

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 Le : 03/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : XXXXXX

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



MUPRAS
ACCUEIL

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
01/03/2023	C	1	151,00	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes Dr. DUBI Abderrahim 58 Bd Mohamed V Berrechid Tel: 09 22 53 35 00 - 06 50 33 75 70 06 50 33 56 34

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE 2000 KADIRI LABLAZ NE Bd. Mohamed V (Prés de la Mosquée 05000 Tel: 05 22 53 35 05 / 06 07 22 50 Instagram : Pharmacie 2000	03/03/2023	151,00

ANALYSES - RADIographies

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	

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

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS
H	25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G	
B		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
D		
B		
G		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abderrahim ESSOUBI

OMNIPRATICIEN
ECHOGRAPHIE GENERALE

INPE : 061062402

الدكتور عبد الرحيم السوبي

الطب العام
الفحص بالصدى

13 MARS 2023

Berrechid, le

Nom :

SAADI

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
disparables

PPU 22DH40
EXP 09/2024
LOT 26014 1

22,40

112,50

112,50

- ASPIRIN 300 mg
x 1 - e. SV

56,10

56,10

- ASSOCIATION 80 mg
x 1 - e. SV

191,00

- Nefopam 500 mg
x 100 mg
x 3 ml SV

Dr. ESSOUBI Abderrahim
128, Boulevard Mohamed V Berrechid
05 22 33 75 70
06 50 43 56 34

Pharmacie 2000
Doctor Kadioti L. Zineb
22 rue Mohamed V, BERRECHID
05 22 33 36 05

128، شارع محمد الخامس - برشيد - هاتف وفاكس : 05 22 33 75 70
128, Boulevard Mohamed V - BERRECHID - Tél./Fax : 05 22 33 75 70
GSM : 06 50 43 56 24