

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)
10965

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **Abdellatif Fouad**

Date de naissance : **12/08/1978**

Adresse :

Tél. **0660014700**

Total des frais engagés :

161267

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



08 MAI 2023

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **ABDELLAFTIF FOUAD**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie : **éflat**

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'adhérent(e) et au médecin conseil de la Mutuelle.

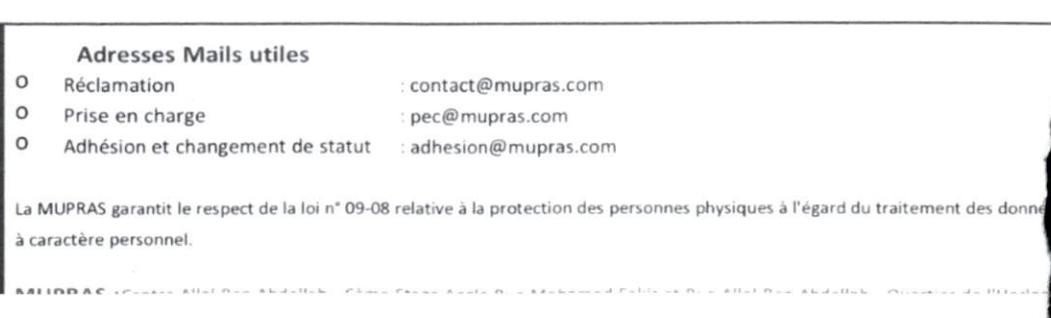


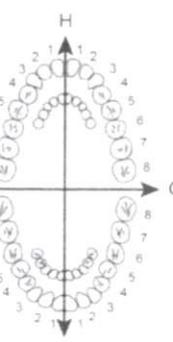
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je n'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **10/05/23**



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 d' SOINS DENTAIRES					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE $ \begin{array}{c c} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} $ H G D B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Dr. WAHID Souhail
Médecine Générale
Médecine D'Urgence
Médecine de Travaille



Echographie - ECG

HTA

Diabète

Suivi de grossesse

Certificats d'aptitude
pour Conduite

الدكتور وحيد سهيل
الطب العام
طب المستعجلات
طب الشغل

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

داء السكري - ضغط الدم

تتبع النساء الحوامل

شواهد رخصة السيارة

08 MAI 2023

MAULITI .FADWA

①

22,70

S.V.

Alimomy care Salef

1

0

1

22,70

Dr. HICHAM SAHELI
CHIRURGEON
Boulevard CHRAÏBI
BP 1000
Télé: 07 07 05 12 330
Boulevarde CHRAÏBI
BP 1000
Télé: 07 07 05 12 330

الدكتور وحيد سهيل
طب العام
طب المستعجلات
طب الشغل
Tel: 060257266 / Tél: 091223965

فيكتوري، مشروع النصر بلوك 24 رقم 201 الطابق الأول، أولاد صالح بوسكورة
Vectoria, Projet Anasr, Bloc 24 N° 201, 1er Etg Ouled Saleh - Bouskoura
الهاتف : 06 02 57 26 62 | المستعجلات : 05 22 01 22 80 | Tél. : 05 22 01 22 80

22,70

مخبرات الصيدلة فارما
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول