

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14.11 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HADDAJ NADIA épouse ZRAOUTI Mohamed

Date de naissance : 26-1-76

Adresse : 5 rue Amir Abdelkader Ville Nouvelle SAFI

Tél. : 061328375 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02-03-2023

Nom et prénom du malade : EL HADDAJ Nadia Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Douleur avec douleur

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 : Le : / /

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
01.03.13		15	100,0000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>الصالحة الجديدة</p> <p>PHARMACIE NOUVELLE</p> <p>3, Place de L' Indépendance</p> <p>Tel: 05 24 45 30 87 - Sétif</p>	02/03/2027	111,00

Partant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

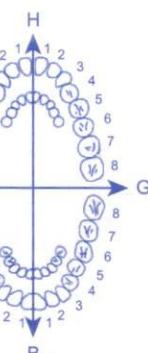
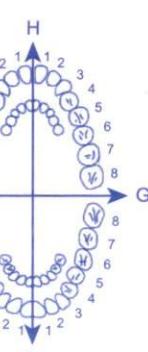
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DENTITION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} $			Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EZZINE Lhoussaine

Médecine Générale

De la Faculté de Médecine de Rabat

Diplôme d'Échographie Université De Montpellier France

Diplôme d'Érgonomie appliquée à la Médecine de Travail Université de Dijon France

MÉDECIN EXPERT

Electrocardiogramme

la Circoncision des Enfants

Ancien Médecin chef des urgences Hôpital

Provincial de Khemisset

Ancien Médecin de Travail à l'OCP

Médecin agréé par le Ministère de la Santé

pour délivrance du Certificat Médical

d'Aptitude à la Conduite

SAFI, le : 02/03/23 آسفى، في :

HADDAJ

طبيب مسؤول بالمستجلات سابقاً بالمستشفى الإقليمي

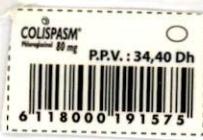
بالخمسينات

طبيب سابق بالكتاب الشريف للوفساط

طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة

لإعطاء الشهادة الطبية للقدرة على السياقة

LOT : 3196
PER : 09 - 27
P.P.V : 46 DH 60



رقم 4، زنقة 4 سميسي الترفيهي المدينة الجديدة - آسفى - الهاتف : 05 24 62 07 78 / المحمول : 06 61 39 40 27

N° 4, Rue N° 4 SMISS TRIKI Ville Nouvelle - SAFI - Tél. : 05 24 62 07 78 / GSM : 06 61 39 40 27