

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.

N° W21-813081

171755

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 10012		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BEN MOU MEN Yassin		
Date de naissance : 02/02/1971		
Adresse : Appt 8 Immeuble 28 Résidence Jardins de Sables Agadir Hay Nohamdi Nasse		
Tél. : +212 6614 2174 Total des frais engagés : 300 Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	Docteur Mohamed ACHOUR Chirurgien Gyécologue Obstétricien 5 ^e Etage Appt. 21, Imm. Jamal Rue de l'Hôtel de Ville - AGADIR 80000 Tél: 0528842140 - GSM: 0661227469 INP: 031165135
Cachet du médecin	21/8/2023
Date de consultation :	Karima Nazhani
Nom et prénom du malade :	Age: 23/08/95
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Doulour pelvienne
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 : Agadir

Le : 02/08/23

Signature de l'adhérent(e)

Ben

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
2181023	S	300 DIA		INP : 041164238 Docteur M. J. Meilleau Chirurgien Dentiste 21, imm. Jamal 5 ^e Etage 2 Rue de la Rue de l'Intégrité de Ville - CADIR 93000 Tél. 052884241 GSM 0612274 INP: 051166135

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
2181			

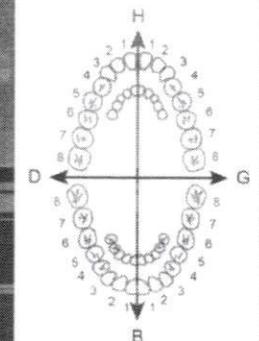
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

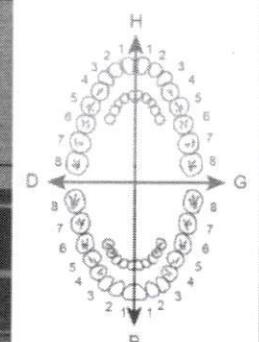
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

INP : 041164238
Docteur M. J. Meilleau
Chirurgien Dentiste 21, imm. Jamal
5^e Etage 2 Rue de la
Rue de l'Intégrité de Ville - CADIR 93000
Tél. 052884241 GSM 0612274
INP: 051166135



**O.D.F
PROTHESES DENTAIRES**



**DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
00000000	00000000	
D	00000000	00000000
00000000	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Agadir le 21 8 / 2023

NOTE D'HONORAIRES

Je soussigné Dr Mohamed ACHOUR certifie avoir reçu de Mme *Karima · Moymen*

, comme honoraires de la consultation (CDH)

Et de l'Echographie pelvienne (CDH)

Soit la somme arrêtée de

DH

DH.

Fait à l'interessée ce jour pour servir et faire valoir ce que de droit.

Dr Mohamed ACHOUR
Chirurgien Gynécologue Obstétricien
5^e Etage Appt. 21, imm. Jamal
Rue de l'Hôtel de Ville - AGADIR 80000
Tél: 0528842146 - GSM: 0661227469
INP: 041165135

