

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

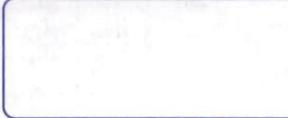
Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	6304	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	2392
Nom & Prénom :		ENOUSKI ABDELTALIL	
Date de naissance :			
Adresse : LISSASFA 201 EL KOUZAKA EL MUS			
Tél. :	0522 20 45 45	Total des frais engagés :	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : M 20 NOV 2013			
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.			

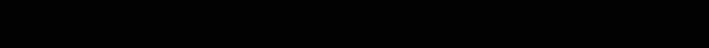
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

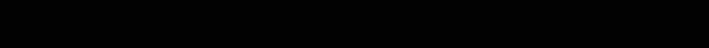
Fait à :

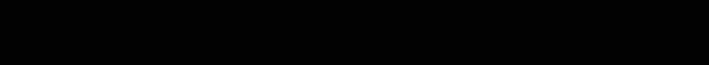
Le : / /

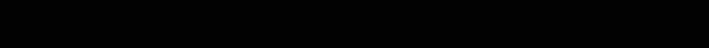
Signature de l'adhérent(e) :











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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE L'EXTENSION 24 Rue Elissasa Extension - CASABLANCA Tél: 05 22 93 48 40	01.09.23	68.00

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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
D 00000000	G 35533411	B 11433553		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



PHARMACIE L'EXTENSION

lotissement operation lissasfa 129 E

DR HICHAM REDOUANE

R.C :286586 casa

Patente: 36210460

T.V.A.:

C.N.S.S.6412663

Tél : 0522 93 48 40

Le 10/10/1992

FACTURE N°403862

N° ICE : 000490700000039

N° IF : 50821330

GUARDI ACHA

2

ICE N°

Ω‡«άβ, ἐ-Ωπ-ρα τ-ύ-: ̄ί
-νόαό || || ΣΑ‡έ: γ-τ-ύ+τ-έ«έ-τ-ρΦβ
ΩΩ‡δ* «τ-ί-η-ω«‡ό
τ-π-λ-άβ
τ-‡+ τ-‡-α-τ-η-ΩΩ«γ-τ-‡«ζα<ό-τ-‡: τ-‡ζα|| «έ, +τ-ζ-ύ*τ-α-δ(b‡, «έ|| «δ(β
τ-‡-γ-τ-‡-α-τ-η-ΩΩ-ό|| α-τ-‡*τ-@-‡ζ-ύ*τ-ζ-β*τ-γ-Ω-|| τ-‡@-Ω-έ*|| τ-ζ-β-‡*«|| δ* ζ-ύ|| τ-«|| i-έ-τ-ό*τ-
τ-α-Γ-τ-|| τ-α-δ-σ|| *τ-γ-ζ-β«τ-‡‡*τ-@-‡ζ-β
Ω-«Ω-τ-Ω-|| Ω-α-ύ*τ-γ-+Γ|| γ-Ω-ύ-|| «τ-ά-π-γ-|| α-«τ-‡-|| τ-Ω-α-«τ-‡*τ-‡Ω-τ-α|| γ|| «-Ω-τ-α-γ|| «*τ-‡*τ-‡α-‡
Ω-«Ω-τ-Ω-|| Ω-ί-Ω-δ-‡-ό|| Ω-α-ύ*τ-γ-+Γ|| γ-Ω-ύ-|| «τ-ά-π-γ-|| α-«τ-‡-|| τ-Ω-α-«τ-‡*τ-‡Ω-τ-α|| γ|| «-Ω-τ-α-γ|| «*τ-‡*τ-‡α-‡
|| τ-Ω|| α-|| τ-Ω|| α*Ω-δ-δ-τ-α|| γ|| τ-‡α-‡Ω-‡δ*τ-‡-|| ζ-Ζ-Γ-φ-‡-d? τ-δ? @b τ-δ? nI nC7Δ≡e? τ-c d? τ-H? C
H? C? E■ } ≡d τ-f ≡Γ≈² E= b n b? τ-CΔ■ π Δ nΣ² ■ τ-Σ² 2 ≡J■nC? τ-D?
n b? τ-C n b? ≡B π ≈ nΣ² ■ p? τ-b τ-H C=2G?≈Σ ≈ ≈ τ-Ñ Ω? Δ ≡Γ Δ
nΣ τ-d τ-π? ≈ τ-Ñ ■ f■ τ-ZZZGθf ≡D?2e ≡B? E I nC? F? d n d? τ-H? b nH
? C nE7 }² ≡d τ-f ≡Γ ■ ≡E? C τ-a? τ-C nC≈θ ≈ n e² τ-n ≡c τ-D? C τ-a? τ-C n b B
C ≡I n u? τ-b τ-H nC? G? Σ ■ n i τ-Φ? ≡b ≡θ n e² τ-C? τ-‡² τ-d? τ-ZG‡
«-«-ζ-τ-Ω|| γ-ά-ύ

בְּנֵי אֶתְּנָאָרָה
בְּנֵי אֶתְּנָאָרָה

