

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Matricule : Cadre réservé à l'adhérent (e) ... Société ...

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : 3486

Date de naissance : 0.0.00

Adresse : DAROUA

Tél. 0668387993

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24.11.2023

Nom et prénom du malade : Goual Mohamed Age :

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : Hyperthyroïdie

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 : DAROUA

Le 29.11.2023

Signature de l'adhérent(e) : Ray

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
20/10/2019	Consultation		Consultation	INPE 061253688 Dr. FAYOLLE Généraliste 120, rue de la Gare, Lot. ALWANDA 93270 Le Blanc-Mesnil - Tél : 0522 036 000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE PARIS 06.06.1994	21/11/83	419,50

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
		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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the anterior midline and 8 at the posterior molars. A vertical arrow labeled 'H' points upwards from the center of the arch. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a horizontal arrow labeled 'G' points to the right. The teeth are represented by small circles with numbers, and the arches are shown as lines connecting the centers of the teeth.

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدروة ، في Deroua, le 21/11/2021

INPE: 062074810
General
Mohamed
LA PHARMACIE REGIONAL
DR. SAAD SENJELLOUN
Tél: 05 22 55 67 67
im. 94, lot N°11 N°4 DEROUA

1) 181,40 x 3
Jmax 46 300
2) 20.00 x 2
Doliprime 100
15,30 15 x 30
3) Vitac 15
1 cpl
419,50

PPV: 20DH00
PER: 07/26
LOT: M2360

PPV: 10DH00
PER: 06/26
LOT: M1957

Vita C1000

PPV 15DH30
EXP 02/2026
LOT 31020 20

25 الطابق الأول تجزئة الوحدة 2 أمام مختبر التحاليلات الدروة

252 1er étage, Lot. ALWAHDA 2 En Face du Labo d'analyses médicales Deroua

الهاتف : 05 22 036 000

LOT 230652
EXP 12/2024
PPV 121.40DH

LOT 230652
EXP 12/2024
PPV 121.40DH

LOT 231240
EXP 03/2025
PPV 121.40DH