

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 HADDAD - NADIA épouse SAIFI

Date de naissance : 26-1-76

Adresse : J. rue Amir Abdellah Ville nouvelle SAIFI

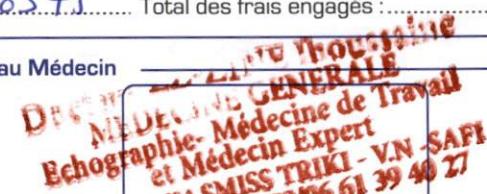
Tél. : 661328375

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 36/11/2023

Nom et prénom du malade : EL HADDAD Nadia (ep. SAIFI) Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Manche - affection infantile myopathique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie

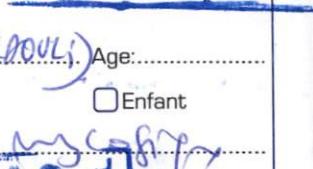
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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
06/11/2013	1	7	1000000	DR M. THOUSSIAU Médecin Généraliste Médecine de Travail Médecin Exerçant TRAIL-EN-SARTHE 06/11/2013

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE INDEPENDANTE SAINT-JEAN	06/12/23	17960

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
D				DATE DU DEVIS
B				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EZZINE Lhoussaine

MÉDECINE GÉNÉRALE

De La Faculté De Médecine De Rabat
Diplôme d'Échographie Université De
Montpellier France
Diplôme d'Ergonomie Appliquée à La
Médecine de Travail Université de Dijon France
MEDECIN EXPERT
Electrocardiogramme
La Circoncision Des Enfants
Ancien Médecin Chef Des Urgences Hôpital
Provincial De Khemisset
Ancien Médecin De Travail à L'OCP
Médecin Agrée Par Le Ministère De La Santé
Pour Délivrance Du Certificat Médical
D'aptitude à La Conduite

الدكتور لارزين الحسابين
الطب العام

- دبلوم الفحص بالصدى جامعة مونبلييه فرنسا
- الطب الشفلي و بيئة الشفقل
- الفيرة الطبية - تخطيط القلب
- ختان الاطفال
- طبيب مسؤول بالمستعجلات سابقًا بالمستشفى الإقليمي بالخمسينات
- طبيب سابق بالمكتب الشريف للقوسفاط
- طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة
- إعطاء الشهادة الطبية للقدرة على السياقة

Safi , le .. 06 - 12 - 23 آسفي في

EL HADDAJ Nadia
(épouse ZRAOURI)

229

~~July 18th 1981~~ ~~McNamee~~ ~~McNamee~~

~~27 N~~

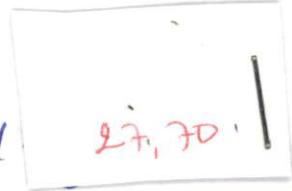
27

٣٩ ~~الصيغة~~ ~~الصيغة~~ ~~الصيغة~~ ~~الصيغة~~ ✓

جنة الجزائر
LA NATION ALGERIENNE
LA NATION ALGERIENNE
La Nation Algérienne
La Nation Algérienne

Echographie
et Médecin
N°4 SMISS

Echographie
et Médecin
N°4 SMISS



رقم 4 زنقة سميسم التريكي - المدينة الجديدة - أسفي - الهاتف : 07 78 40 40 39 61 06 - المحمول : 05 24 62 07

Rue N4 - N4 SMISS TRIKI - Ville Nouvelle - SAFI - Tel : 05 24 62 07 78 - GSM : 06 61 39 40 27