

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-827495



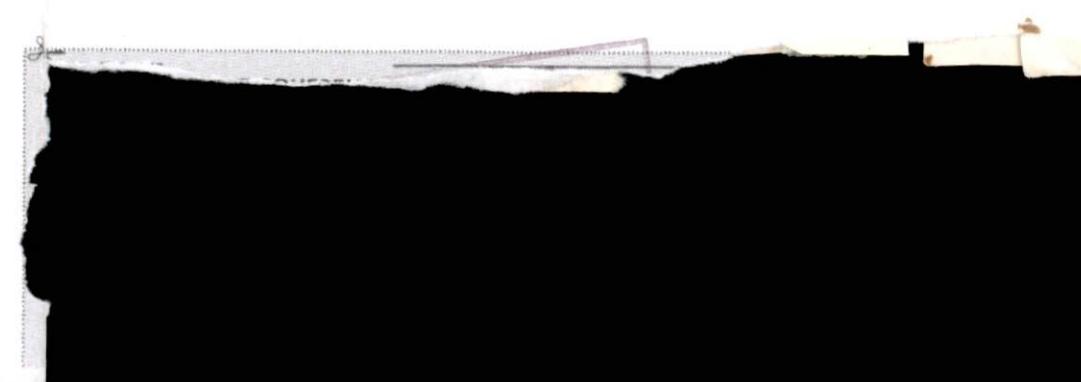
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	11066	Société :	RAD
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	CHAKER
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661386155		Total des frais engagés : 803,60 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<p>Docteur HADDOUT Sana Gynécologue- Obstétricienne Téléphone: 06 62 02 48 40</p> <p>Cachet du médecin :</p>		
Date de consultation :	01/12/2023		
	Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
	CHAKER BADIAA		
Age: 49			
Nature de la maladie :			
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 : CASA Le : 01/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :



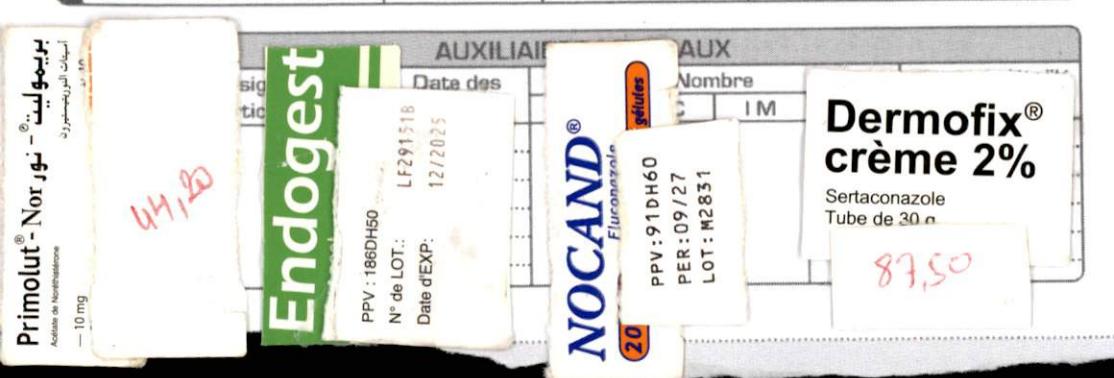
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/09/2013	Consultation		400 dt	INP : 061304754 Docteur. HADDOUT Sana Gynécologue - Obstétricienne Téléphone: 06 62 02 48 40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01-12-23	409,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

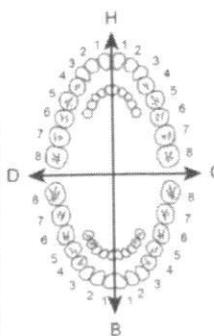
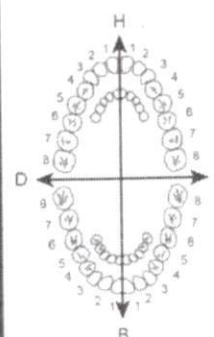


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
ODF PROTHESES DENTAIRES				
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H			
	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
	<hr/>	<hr/>		
	D	G		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
	<hr/>	<hr/>		
	B			
(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				

ORDONNANCE

01/12/2023

MLLE CHAKER BADIAA

- **Primolut-nor 10 mg - comprimé sécable**
2 cp par jour pendant 10 jours à démarrer demain
 - **endogest 2 mg**
1 Comprimé, à heure fixe A/DEMARRER TROISIEME JOUR DES REGLES
 - **Dermofix 2% - crème**
1 dose, matin midi soir pendant 15 jours
 - **camomilla blu Protective PH 8.5**
1 toilette vaginale x2 par jour pendant 7 jours
 - **Nocand 200 mg - gélule**
1 cp tous les 3 jours à raison de 3 doses au total : Samedi
Mardi Vendredi

Docteur. ADDOUT Sana
Gynécologue- Obstétricienne
Téléphone: 06 62 02 48 40

Facture N°: 671

Date : 01/12/2023

Bénéficiaire : Mlle Chaker Badiaa
Mlle CHAKER BADIAA

Tél: 0766526517 0661386159

Email:

Adresse: OULFA

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Pharmacie-Actes				
CNS	Consultation	1	400,00	400,00
Total				400,00

Arrêté le présent document à la somme de :
quatre cents dirham(s)

Docteur. HADDOUD Sana
Gynécologue- Obstétricienne
Téléphone: 06 62 02 48 40
