

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 : 2729 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TIKER. Abdellatif

Date de naissance : 49

Adresse : El Hauhidine N°31 fadaka.

Tél. 066910669119964 Total des frais engagés : 1915 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/2/24

Nom et prénom du malade : Majid Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

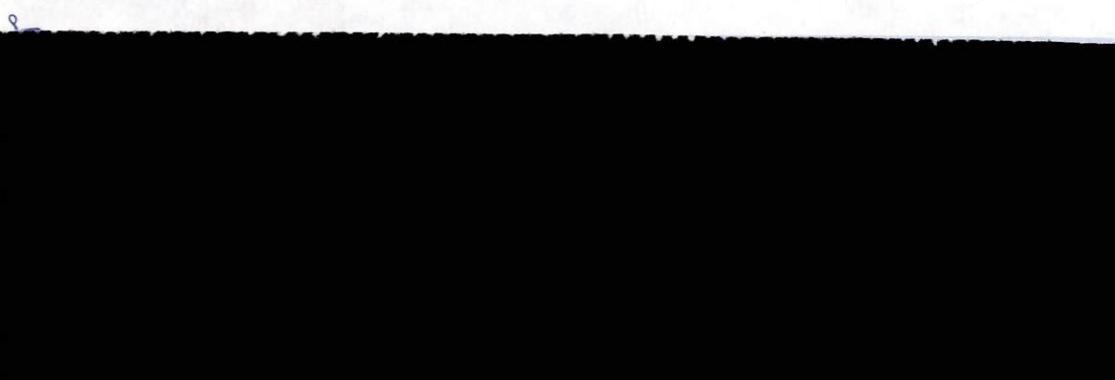
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 la validité des Actes
21/12/2016	15	250,00	250,00	DR MATA HANANE 24/12/2016

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ETTELLA BI Youness Pharmacie Docteur Youness Bouchent 37,39 Bd. Al Ahrar - Casablanca Tél: 05 23 31 21 64 INPE: 112054325	23/12/2016	166,50

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	

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			Coefficient des Travaux
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	B			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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



PHARMACIE DU SOLEIL

Youness ET TALBI
Docteur en Pharmacie

37-39, Bd. Attahirir - Bouchrir
Tél. : 023.34.34.61 - EL JADIDA

FACTURE N° 001129

El Jadida, le 23/12/2014

M.

M. ENNASPI NAJAT

Doit

Qté.	Désignation	P.U.	Montant
15	Humalog Mix 50	111,00	1665,00

la présente Facture est
orreble à la somme de,
mille six cent soixante cinq DHS

PHARMACIE DU SOLEIL
Youness ET TALBI
Docteur en Pharmacie
37-39 Bd. Attahirir - Bouchrir
Tél: 023.34.34.61

INPE: 112054325

Signature et Cachet

LOT D594586D.4
UT AV 10 2025
PPV 111.00 DH

LOT D594586D.2
UT AV 10 2025
PPV 111.00 DH

LOT D585226J.4
UT AV 10 2025
PPV 111.00 DH

LOT D585226J.1
UT AV 10 2025
PPV 111.00 DH

LOT D594586D.4
UT AV 10 2025
PPV 111.00 DH

LOT D594586D.1
UT AV 10 2025
PPV 111.00 DH

LOT D585226J.2
UT AV 10 2025
PPV 111.00 DH

LOT D585226J.4
UT AV 10 2025
PPV 111.00 DH

LOT D594586D.4
UT AV 10 2025
PPV 111.00 DH

LOT D585226J.2
UT AV 10 2025
PPV 111.00 DH

LOT D594586D.4
UT AV 10 2025
PPV 111.00 DH

LOT D585226J.2
UT AV 10 2025
PPV 111.00 DH

LOT D594586D.1
UT AV 10 2025
PPV 111.00 DH

LOT D585226J.2
UT AV 10 2025
PPV 111.00 DH

LOT D594586D.2
UT AV 10 2025
PPV 111.00 DH

Le/...../.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Certifie que Mlle, Mme, M :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de:

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit):

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18