

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-537284

199785



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7672

Société : RETRAITE

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HADIK ABDELLAH NAIN

Date de naissance : 01 01 1961

Adresse : 3094 LOTIS AL WAFA DEROUA

Tél. : 0673985681 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

25/01/2024 ZINE DINE EL AYASH

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint LAFIA Enfant

Nature de la maladie :

Donc laabc 21 MAR 2024

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Coupon

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25/01/2024	GG	150	INPE 3064033613	INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE EL OUMOUIMA DÉPARTEMENT D'EL OUMOUIMA DÉPARTEMENT D'EL OUMOUIMA INP : 05.22.52.20.54	2017-07-24	163.90

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

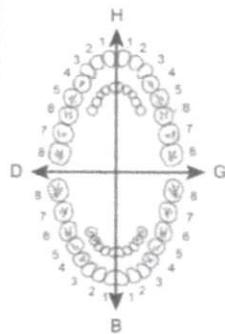
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

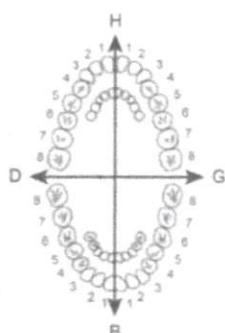
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
26633412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35633411	11433553

(Création, remont, adjonction)

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	
NET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

Docteur Fatiha BITI

MEDECINE GENERALE

DIPLOME DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE POITIERS FRANCE

DIPLOMEE EN ECHOGRAPHIE GENERALE :
ABDOMINALE ET GYNECO-OBSTETRICIALE
DE L'UNIVERSITE DE PARIS

DIPLOMEE EN PATHOLOGIE INFECTIEUSE
PEDIATRIQUE DE L'UNIVERSITE DE TOURS

ANCIENNE ASSISTANTE DES HOPITAUX
DE PARIS

الدكتورة فتيحة بيتى

الطب العام

خريجة كلية الطب ببواتي (فرنسا)

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى.

للبطن وأمراض النساء والتوليد

من جامعة باريس

حاصلة على دبلوم الأمراض التعفنية

لالأطفال من جامعة تور

طبيبة سابقاً بمستشفيات فرنسا

Deroua, le

25/01/2024
Dr. Fatiha BITI
MEDECINE GENERALE
Lotissement El Wassef
Tal: 06 12 22 95 64

الدروة، في:

ZIN+DDint. Rissihi. Latifa.

Fix: 06 22 53 20 54
244 Lotissement El Wassef
PHARMACIE
med aoudma
Fix: 06 22 53 20 54
244 Lotissement El Wassef
ultra Rem
163, 06
J

50
1 X 2
J
50
Jel x 21
J
50
J

Dr. BITI
MEDECINE GENERALE
Lotissement El Wassef
Tal: 06 12 22 95 64

الله يبارك فيك

Lot :
مجموع

Fab :
صنع

EXP. :
صالح لغاية:

1176 12 2022
DIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

12 2025

NEOFORTAN® 160 mg

PPU 99DH8U
EXP 06/2026
LOT 33022 5