

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

litions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Déclaration de Maladie : N° S19- 0018325

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 71477 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BALZALY Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 16 85 90 03 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 71 OCT. 2019 Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

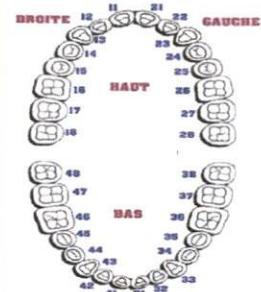
Le praticien est prié de préparer la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture b60

Veuillez joindre les radiogrammes

je prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées

Nature des soins

Coefficient

Coefficient des

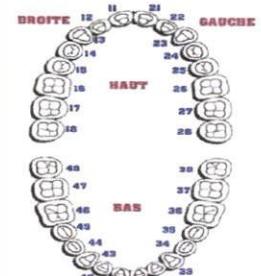
Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession.

Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin de

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N°

W18-139058

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 7477

Nom & Prénom BARZALY Med
Fonction R.D.T.R. Té. Phones. 0616859003

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

M. HAMED

Adhérent Conjoint Enfant

Age 68 ans

Date 07/10/2019

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Toux aigüe

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Non

Nature des actes

G

C

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

Dr Adil BEKKALI

Diplômé de la Faculté de Médecine
De Sousse

MEDECINE GENERALE

Diplômé d'Echographie de la Faculté
de Médecine de Montpellier

Diplômé de Médecine de Sport
de la Faculté de Rennes

الدكتور عادل البقالى

خريج كلية الطب بسوسة
الطب العام

حاصل على دبلوم التصوير
بالموجات فوق الصوتية من كلية مونبليي

حاصل على دبلوم الطب الرياضي
من كلية رين

BARTALY NUTRANID
Casablanca, le 07.10.2009.

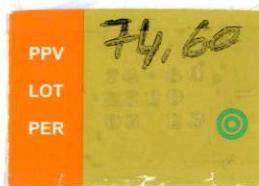
Sentide eto

218,00 x int x 4 r

Erles 1 Gm

74,60 x p le m

= 292,60



PHARMACIE LISSANE EDDINE
Dr AZIZA LISSANE EDDINE
69 Bis Groupe Al Eida Hay Al Qods
Sidi Bernoussi-Casablanca
Tél/Fax: 0522740740

Dr. ADIL BEKKALI
Médecine Générale
Echographie Médecine de Sport
Rés Nakhil , Imm 5 , Appt 2 , El Qods
Sidi Bernoussi - Casablanca
CSM: 07 62 76 58 06

Résidence Nakhil Imm 5 Appt N°2 Hay Al Qods Sidi Bernoussi- Casablanca-Tél/Fax: 07 62 76 58 06

إقامة النخيل عمارة 5 الشقة 2 حي القدس سيدى البرنوصي الدار البيضاء - الهاتف: 07 62 76 58 06