

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.

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autre |
| Cadre réservé à l'adhérent (s) | | | |
| Matricule : 9088 (9088) | Société : | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | BELNJR KHALID |
| Nom & Prénom : 23/11/1966 | | | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : 0678804749 | | | |
| Total des frais engagés : | | | |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr BALOUL BENNANI N Médecine Générale 132, Bd Hassan II - Berrechid Tél: 0522 33 75 55 ICP: 001748995000033 </div> | | | |
| Date de consultation : 29/10/2019 | | | |
| Nom et prénom du malade : REJKI Nabil | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Nef goutteux | | | |
| 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 médecin conseil de la Mutuelle. | | | |

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je décl^o av^o pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

| | |
|--|---------------|
| VOLET ADHERENT | |
| Déclaration de maladie | N° W19-467564 |
| Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. | |
| Matricule : | |
| Nom de l'adhérent(e) : | |
| Total des frais engagés : | |

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 29.10.2019 | C | 13000 | IN: 06108487 | DR. BALOUL BENNANI, Généraliste decideur, 32155600035 Berrechid |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien du Fournisseur | Date | ICE : Montant de la Facture |
|--|---|--------------------------------|
| Mr DIK Mohamed PHARMACIE MOUVILLE | 29-10-19 Tél : 0522 32 41 30 et Ben Abdallah - Bemcidi et Rue Youssef Ibn Tachfine | 450,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| 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 |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VIOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

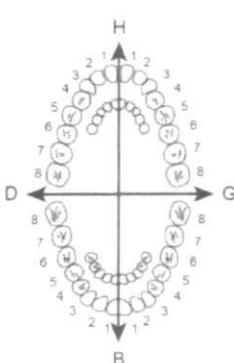
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BALOUL BENNANI Nouzha

Médecine Générale
Echographie

Diplômée de la Faculté de
Médecine de Timisoara

132, Bd. Hassan II - Berrechid
Tel. : 05 22 33 75 55

Sur rendez-vous



الدكتورة بلو بناي نزهة

الطب العام
الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بتيميشوارا

132 ، شارع الحسن الثاني - برشيد

الهاتف : 05 22 33 75 55

بالموعد

Mt = 9088

Berrechid, le

29-10-2019

REJKI Nouzha

LOT 191285
EXP 07/2022
PPV 149.50 DH

100 (011)
nug Spec 0100
100 (011)
100 (011)
100 (011)

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
PER : 05/2024
P.P.V : 49DH00

6 118000 060062

YC 50 mg
LOT 192064 EXP 01/22
PPV 85DH00

85,00 Nouzha (S.V)
70,30
70,30

70,30

Gycom

96,00

Bis Biss (S.V)
al-Hilal

150,60

LOT : M22101
EXP : 05/2023
PVC : 96,00 DH

Médecine Générale
132, Bd Hassan II - Berrechid
Tél: 05 22 33 75 55
Fax: 05 22 33 75 55
E-mail: 05 22 33 75 55