

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-466422

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8665

Société : DAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SEMHAMI

Date de naissance : 13/03/40

Adresse : Bd, Rue pasquier, Bd Abdelkader, CAYA

Tél. : 661177235

Total des frais engagés : 661,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHEBARI LAILA
GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIENNE
Tél. 06 61 33 33 60

Date de consultation : 30/11/19

Nom et prénom du malade : CHAMMA

IMANE

Age : 35

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Infection

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

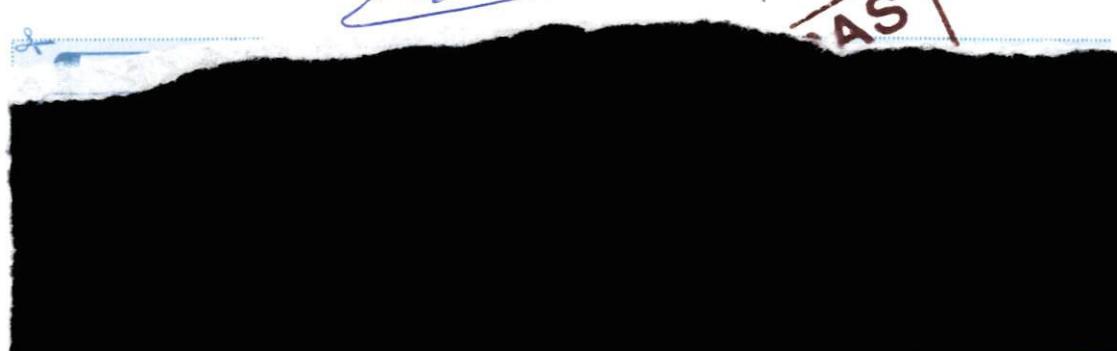
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Signature de l'adhérent(e) : 30/11/19

Le : 30/11/19



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
30/10/13			CG	INP : LLL 11111111 Dr. CHEBARD GYNECOLOGUE - OBSTETRICIENNE 06 61 63 34 60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LAHBABI Dr LAHBABI Mohamed 79-81 Avenue "N" Jamila 5 D. GABA Tel. 0522 37 31 04	30/10/19	661,10 DA

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

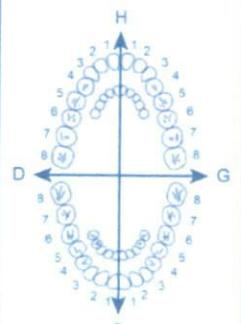
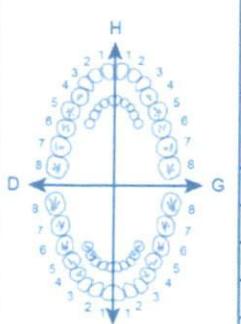
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	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"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H D B	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN

ORDONNANCE

Pharmacie LAHBABI
Dr. LAHBABI Mohamad
79-81 Avenue "N" Jannita 5
G.O CASA Tel. 0522 37 31 04

GABA

Le : 30/10/19

mm CHAHAD
130,50 x 2 = 276,60

IM ANT

11 - Augmentin (S) 1g

15x215 x 3 blocks

149,50
21 - Spectrum 100 mg.

112,00
31 - Gentamicine (i.v.)

61,50 x 2 = 123,00
41 - Mobic

1 CP x 30 ml
Dr. DR. ERBZ
Gynäkologie - Obstetridienarzt
HOPITAL MED SEKKAT

Total \rightarrow 661,10

61,50

PPV 61,50
PER 02/2022
LOT H2015

PPV: 138,30 DH
LOT: 573165
PER: 02/20

61,50

PPV 61,50
PER 09/21
LOT H2015

PPV: 138,30 DH
LOT: 589967
PER: 02/20

LGT 385

EXP 01/21

PPV 112DH00

LOT 190613
EXP 04/2022

COOPER PHARMA

PPV : 149,50 DH

