

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

iologie 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.

ique :

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° S19-0001968

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11760 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHAYAT Adil Date de naissance : 24/08/75

Adresse :

Tél. : 27 15 Total des frais engagés : 368.9 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/10/19

Nom et prénom du malade : KHAYAT Adil Age : 44

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Maladie + affection aigüe

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

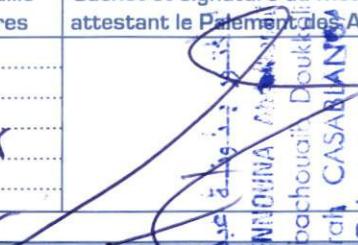
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Essaouira Le : 17/10/19

Signature de l'adhérent(e) : Adil

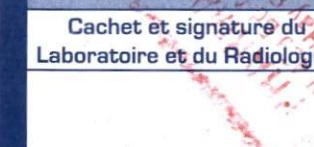
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Palement des Actes
12/11/95	C		120	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/11/95	1253 H 05 22 82 93 56 HYEL FARMACEUTIQUE CASABLANCA N 133 BD 7 NOU HOUHOU 1000 CASABLANCA PHARMACIE DE LA VILLE DE CASABLANCA

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

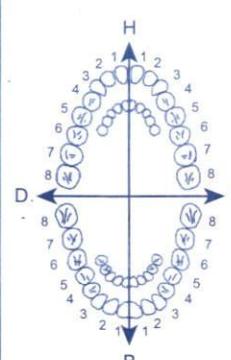
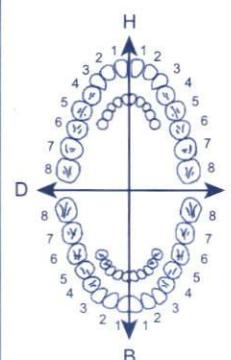
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
				
				
D.O.F PROTHESES DENTAIRES				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G	
D	00000000	00000000	B	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Docteur BENNOUNA A.

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

MÉDECINE GÉNÉRALE

DIPLOÔME DE MEDECINE DU TRAVAIL

253, AV ABACHOUAIB DOUKALI

HAY EL FARAH - CASABLANCA

TELEPHONE : Cabinet : 05 22 81 50 82

الدكتور بنونة عبد الحميد

كلية الطب بنانسي

الطب العام

حائز على شهادة طب الشغل

شارع أبي شعيب الدكالي رقم 253

حي الفراح - الدار البيضاء

الهاتف : العيادة : 05 22 81 50 82

17-10-2019

Khayat - Nsh

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

FLAGYL 4%
SUSP. BUV. FL 120 ML
LOT : 980402
P.P.V : 32DH90
6 118000 060390

PPV 21 DH20
PER 04/22
LOT 1563
23/20

PPV 17 DH50
PER 04/22
LOT 1849

PPV 17 DH50
PER 04/22
LOT 1849

PPV : 70,60 DH
LOT : 603608
PER : 10/2020

PPV : 70,60 DH
LOT : 603608
PER : 10/2020

PIÈRE DE RAPPORTER CETTE ORDONNANCE A LA PROCHAINE CONS...