

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.



Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

607

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AI M'HAMED AHMED

Date de naissance :

12/03/1944

Adresse :

HAÏ ESSALAM RUE MADAK TOUDHA N° 61
CASA

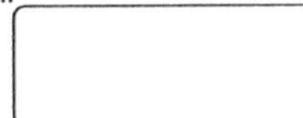
Tél. :

0634605386

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

MR et M'ME AI M'HAMED

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

MUPRAS
INSCRIPTION

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

12 NOV. 2019

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

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

Fait à : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :

ACCURITE

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
.....	INP :
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Khalid Ben El Walid Unité V N°12 Daoudi - Marrakech Tél: 05 24 20 90 94 IF: 69165020 RC: 47408 ICE: 001917918000052	1/11/19	Pharmacie Khalid Ben El Walid Unité V N°12 Daoudi - Marrakech Tél: 05 24 20 90 94 145,60

ANALYSES - RADIographies

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

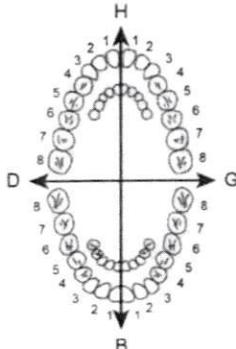
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
INFIRMIER AVICENNE - SAYAH ABDALLAH INFERMIER DE Autorisation: 1354 Daoudi Unité 4 N°413 Tél: 44-71-18 Marrakech	2			200,00	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
.....	INP :
.....	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



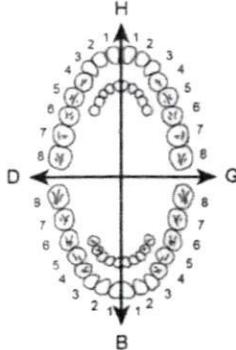
Dental chart showing upper and lower teeth with numbered roots (1-8) for treatment planning.

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Dental chart showing upper and lower teeth with numbered roots (1-8) for treatment planning.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

صيدلية خالد بن الوليد

CHRAIBI KAADOUD Naïma

Pharmacienne

Unité V. - N° 12 (Près du Stade)

Dgoudigt - Marrakech

Téléphone : 30-90-94

R.C. : 47408 - Patente : 45339605



Marrakech, le 11/11/13

Facture N° 30

MR. AIT MAMED AHMED

Pharmacie Khalid Ben El Walid
Unité V N°12 Daoujoute - Marrakech
Tél: 05 22 30 90 94
IF : 69 46 020 RC: 47408
ICE : 001917918000052

