

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

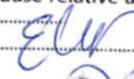
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire 22267	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1120	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL ALLAM Radida veuve nboif
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
EL ALLAM Radida veuve nboif		1952	
Adresse :		Tél. 0522 25 1268 Total des frais engagés :	
lot Stade d'honneur Imm. D8 Maârif		155,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
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.	
 Age: <input type="checkbox"/> Conjoint 24 FEV. 2020 <input type="checkbox"/> Enfant ACCUEIL	

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 : Le : 10/02/2020
 Signature de l'adhérent(e) : 

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 : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE BIR ANTILLIEN Mme AL Najiya née LALLOU 98 Rue Carnot 97110 CASABIANCA Tél. : 25.43.55 - CASA</i>	18/07/2000	55.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

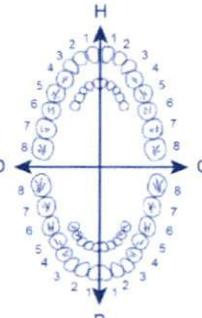
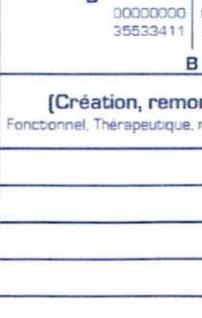
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]												
																
																
																
																
D.E.B.U.T D'E.XEC.U.T.I.O.N				[REDACTED]												
F.I.N D'E.XEC.U.T.I.O.N				[REDACTED]												
C.OEFFICIENT D.E.S T.RA.VA.U.X				[REDACTED]												
M.O.N.T.A.N.T D.E.S S.O.I.N.S				[REDACTED]												
D.E.TE.RMINAT.I.O.N D.U C.OEFFICIENT M.AST.ICAT.O.R.I.O.N				<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G	00000000	00000000														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				[REDACTED]												
V.I.S.A ET C.A.C.H.E.T DU P.R.A.T.I.C.I.E.N ATTESTANT LE D.E.V.I.S				V.I.S.A ET C.A.C.H.E.T DU P.R.A.T.I.C.I.E.N ATTESTANT L'E.XEC.U.T.I.O.N												

LOT: G00021
MAN: 05 2019
EXP: 05 2022

Pierre Fabre
ORAL CARE

GENCIVES
SENSIBLES
SENSITIVE GUMS



الدكتور يونس زعيري

طبيب جراري للأسنان
الخبير في أمراض اللثة
وقرميد الأسنان

Casablanca, le 18.02.80

El Allam Rachid
Venu de Maârif.

Y PARODIUM (LFL)



55.00

1100/29/5

دكتور يونس زعيري
طبيب جراري للأسنان
زنقة تل العريف
المغاربة - البيضاء
العاصمة: 022 99 22 40

محل
PHARMACIE BIR ANZARANE
Mme ALI Najiia NéelAHLOU
94, Rue Cadi Tyss Bd. Bir Anzaran
Tél. : 25.43.99 - CASA

2, rue Tel Ezaâtar (ex rue de Louvre)
Angle Brahim Roudani (Maârif)
Casablanca - Tél. : 022 99 22 40