

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

Informations 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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº P19- 0043355

NID: 29912

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1178 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAFRINDI MOHAMED

Date de naissance : 01-08-1968

Adresse : EL JADIDA

Tél: 066 166 39 32 Total des frais engagés : 331,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EL BELIDI Aicha

Médecine Générale

Infertilité du Couple

Colposcopie

Hay Essalam 1, N°716 El Jadida

Date de consultation : 29/08/2020

Nom et prénom du malade : LAFRINDI MOHAMED Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *hypertension artérielle*

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 : EL JADIDA

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Le : 11/03/2020

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-043355

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1178

Nom de l'adhérent(e) : LAFRINDI

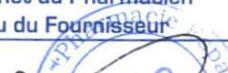
Total des frais engagés :

Date de dépôt : 331,40 Dhs

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
29/04/2020	C		100.000	 Médecin Générale Infertilité ou Couple Endoscopie Hay Essalam 13-N-7152 El Didi Nicha

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	89/2/16	930,40

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Dr EL BEBLI DI Richa
 Médecin Gynécole
 Infertilité et Couple
 Ochlocopte
 Hay Essalam 1-N-715-El Jadida



VENTOLINE 100 mcg
 Aérosol 200 doses
 PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg
 Aérosol 200 doses
 PPV 45,30 DH

AF LAFRINDI Mohamed



VENTOLINE 100 mcg
 Aérosol 200 doses
 PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg
 Aérosol 200 doses
 PPV 45,30 DH

Ventoline
 x 45,30



ventolin
 45,30

x T Amdol C



45,30

16,00
 200
 13,20

ventolin
 16,00

INHALATION prendre



ventolin
 16,00



Dr EL BEBLI DI Richa
 Médecin Gynécole
 Infertilité et Couple
 Ochlocopte
 Hay Essalam 1-N-715-El Jadida

A répéter plusieurs fois
 A.M.M N° : 265
 PPV : 13,20 DH

PPV (DH) :
 LOT N° : 21100
 UT. AV. :