

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

tions 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 RECEPTION 9
19 MARS 2020

Déclaration de Maladie
Nº P19- 046309
ND. 32359

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 42 17 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KAHAL LAHIA MUSTAPHA

Date de naissance : 01 21 1954

Adresse : 42 PASSAGE 13 HAY TESSIR 2
BERR ECHID

Tél. : 0 633 79 38 55 Total des frais engagés : 177,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور ع. زين العابدين
Dr. A. Zine El Abidine
ر. ع. زين العابدين
دكتور زين العابدين
 Rue Al Massid, Rés. Al Youssef
Hay Ez Zahra, Berrachid
Tél. 0522 20 45 45

Date de consultation : 19/06/2020

Nom et prénom du malade : KAHAL LAHIA MUSTAPHA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cansalgie, lésion dentaire

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19- 046309

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 : 42 17
Nom de l'adhérent(e) KAHAL LAHIA
Total des frais engagés : 177,50
Date de dépôt :

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
19/02/2020	CS	95	1011359	Dr. A. Zine El Abidine زينة العابدين رue Al Youssef, Rés. Al Youssef Hay Ezzahra - Berrechid 0522 33 77 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. A. Zine El Abidine - Al Youssef, Hay Ezzahra - Berrechid	19/02/2020	277,50 dh

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		
D 00000000 35533411	G 00000000 11433553			MONTANTS DES SOINS
B 00000000 35533411				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Berrechid le : 18/01/2020

144.50

Christoph Malchius

D Arctic

133,00

1 cg de ani pe 30

1 h h, 59

277150

Engl 8/20

2518

21

PHARMACEUTICALS
DL. MOKRIL LIMA
Lelissemant Elyus, lot 35641
P.O. 105, Tel. 62-833141
LIMA, PERU

704

Arcoxia 90 mg
7 comprimés
P.P.V. : 133,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMP/21/NT0
118001160044

6 118001 160044

زنقة المسجد إقامة اليسر، الطابق الأول الشقة 1، حي الزهراء - برشيد

Rue Al Masjid, Lotissement Al Yousser, Appt I hay Ezzahra - Berrechid

GSM : 06 56 83 95 09 - Tél / FAX : 05 22 33 77 00