

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

nditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

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



Déclaration de Mala

N° W19-544297

ND : 33430

Optique

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1111111111111111

Société :

Actif

Pensionné(e),

Autre :

Nom & Prénom : HOUAYEK LATSEN

Date de naissance : 15-06-1959

Adresse : 7 lots Hafid Allee des Lauriers

Tél. : 061976147

Total des frais engagés : 334,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12 JUIN 2020

Nom et prénom du malade : HOUAYEK LATSEN

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Infarctus

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : 15/07/20

Le : 15/07/20

Signature de l'adhérent(e) : Al Houayek

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Nombre et Coefficent	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22 جمادى ٢٠٢٢ -	ل ٢ لـ ٢٠٠٠٠	INP : INP-091026452
		الطب العام شارع ٢ شناوي الهاتف: ٧١٣
		تمت معتمدة الدكتور

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
22/06/20	22/06/20	136,2-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Juréatoire 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
		A M	P C	I M	I V	

VIOLET ADHESIVE

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 l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
D				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTÉ

Docteur M'hamed BENNIS

MEDECINE GENERALE

Echographie

Expert assermenté près les Tribunaux
Ex - Médecin Militaire

Sur Rendez - vous



الدكتور محمد بن尼斯

الطب العام

الفحص بالصدى

خبير محلف لدى المحاكم
طبيب عسكري سابق

الزيارة بالموعد

Casablanca, le **22/06/2020** الدار البيضاء في

Monsieur HOUDEIR Lahsen

1/ FLOXIMAT 200 CP BTE DE 20

1 cp après le repas matin et soir

64,10

2/ FENAC 50 mg bte 30 Cps

1 cp après le repas matin et soir

90,10

المستور بنسيس محمد
محلف لدى المحاكم
الطبيب العام
دار البيضاء
الهاتف : 713 215 725 - 0522 211 307

= 134,20

PHARMACIE SOULAIMA
YOUSRA LAHBABI LAHLOU
Rés "Les Jardins de Californie 2^e
Bd. de Fes Imm.1 Californie
Casa. Tel: 05.22.21.98.94

44,10
LOT 200002
PC 01/23
PPV 44DH 1

90,10