

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.

N° W19-477549

ND: 35542

Mme 1042

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1042

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AIT MERIM Brahim

Date de naissance : 21/01/1949

Adresse : Habibelle

Tél. : 0689629854

Total des frais engagés : 76,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/7/2020

Nom et prénom du malade : AIT Merim Fatiha

Age : 198

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Guérison + polyarthralgie

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) :

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
24/4/2020	O C	G		INP : 061128023 SÉCURISÉ PARIS 11/04/2020 DRÔME Hôpital Saint-Louis Signature : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>الصيدلية الفارسية هشام فارس</p> <p>مولاي عبد الله بن نعمة النسف - الهاتف: 0522218315 INPE: 092028166</p>	9/10/2020	76,50

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

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 de l'ODF.				
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
			INP : <input type="text"/>	
			Coefficient des travaux <input type="text"/>	
			Montants des soins <input type="text"/>	
			Début d'exécution <input type="text"/>	
			Fin d'exécution <input type="text"/>	
	O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		<input type="text"/>		
<input type="text"/>				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <input type="text"/> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <input type="text"/>				

Date : 24.12.2020

ORDONNANCE

Air Meinem Fatin

Perio KIN

19 22
LOT
UTAV
PPC

SOKAPHARM

48 28

18,50

- Periotkin Rote

S.V

✓
18,50

98,00

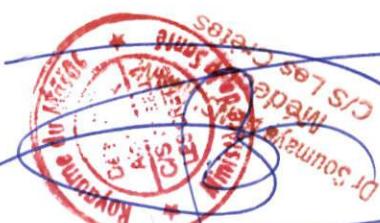
- Nodol Codeine

S.V

✓ 6,50

1cp x 25

الصيادلة العامية
مشتمل فايند 187
حرر موادي عبد الله زينت 15
عن المشفى - الهرم 0522218315
INPE: 0992028166



NO - DOL CODEINE
CP B20
PER.: 10.2024
P.P.V : 28DH00
Barcode: 118000 061861