

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 checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	01766	Société :	RAN
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	SEFFAR Ned Rachid
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0661638379	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr. Madani SEFFA 3, Av. Lalla Amina Tabrique Tél.: 86-15-25-SALF	
Date de consultation :	11/08/2020
Nom et prénom du malade :	SEFFA Ned Rachid
Lien de parenté :	X Lui-même
Nature de la maladie :	Diabète
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
ACCUEIL	
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 cause relative à la protection des données personnelles.
 Fait à : 11/08/2020 Casablanca. Le : ,
 Signature de l'adhérent(e) : *W.B.H.*

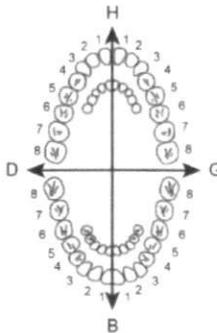
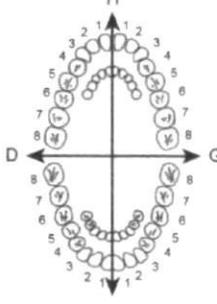
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DES DALAS BOUSSIHA BOUHLAL Bis Bd Panoramique Tél: 0522 527 560</i>	<i>11/8/10</i>	<i>79,60</i>

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.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;"></td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	35533411	11433553	G			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	25533412	21433552																
		D	00000000	00000000																
		<hr/>																		
		B	35533411	11433553																
G																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 ATTESTANT L'EXECUTION																				

Docteur Madani SEFFAR

Diplômé de la Faculté de
Médecine de Nancy (France)

Expert Assermenté Près les Tribunaux

MEDECINE GENERALE

3, AVENUE LALLA AMINA
TABRIQUET - SALE (MAROC)

Tél Cabinet : 05-37-86-15-25

الدكتور المدنى الصفار

خريج كلية الطب بنانسى

خبر محلف لدى المحاكم

الطب العام

شارع لا أمينة

تاربىكت - سلا

هاتف العيادة : 05-37-86-15-25

Salé, le 11/08/2020 سلا في

Dr SEFFAR N° Rachid

SV

19,90 x 4

- Metformine 1000

46 te

79,6

صيدلية الداليا
PHARMACIE DES DALIAS
Dr. S. BOUSFIHA BOUHLAI
492 Bis Bd. Panoramique
(Montpellier) - Tél: 0522 527 560

Dr. Madani SEFFAR
3, Av. Lalla Amina Tabriquet
Tél.: 86-15-25-SALE

LOT : 20E035 PER.: 04/2023
METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
6 118000 062141

LOT : 20E035 PER.: 04/2023
METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
6 118000 062141

LOT : 20E032 PER.: 02/2023
METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
6 118000 062141

LOT : 20E035 PER.: 04/2023
METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
6 118000 062141