

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-449710

40875



Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2729

Dentaire

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JIKE RABDELLATIF

Date de naissance : 1949

Adresse : LOT MOUJAHIDINEN 31 ELJADIDA

Tél. : 06 93 41 48 20

Total des frais engagés : 1418,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : M. elhousine

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 SADID

Signature de l'adhérent(e) : 4.9.20

Le : 4.9.20

MUPRAS

21 SEP. 2020

ACCUEIL

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DU CHATEAU PRESS ET LABORATOIRE PHARMACEUTIQUE de la Faculté de Médecine Université de Québec à Montréal</i>	03/05/20	1418,60

ANALYSES - RADIOPHOTOS

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE DU SOLEIL

Youness ET TALBI

Docteur en Pharmacie

37-39, Bd. Attahrir - Bouchrit
Tél. : 023.34.34.61 - EL JADIDA

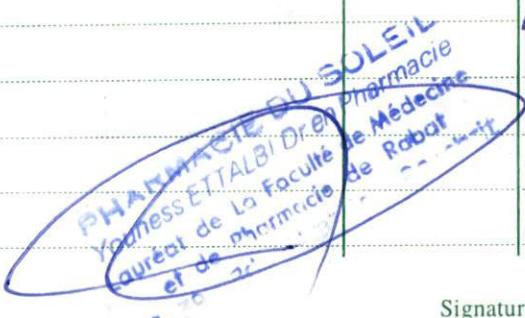
FACTURE N° 001046

El Jadida, le 03/09/20

Mr. NASRI NAJAT Doit

Quantité	Désignation	Prix Unit.	Montant
12	Umalog 25	111,00	1332,00
02	Ado 1g x 60	43,33	86,66
<hr/>			1418,66

Le présente facture est
remettre à l'heure de
mille quatre cent dix huit dirhams
et soixante Cents mètres
(MALADIE chronique)



Signature et Cachet

43.30

LOT D154180H.3
UT AV 09 2022
PPV 111.00 DH

43.30

LOT D154180H.3
UT AV 09 2022
PPV 111.00 DH

LOT D154180C.1
UT AV 09 2022
PPV 111.00 DH

LOT D154180H.2
UT AV 09 2022
PPV 111.00 DH

LOT D154180H.2
UT AV 09 2022
PPV 111.00 DH

LOT D154180H.2
UT AV 09 2022
PPV 111.00 DH

LOT D047137J.3
UT AV 01 2022
PPV 111.00 DH

LOT D154180H.2
UT AV 09 2022
PPV 111.00 DH

LOT D154180H.2
UT AV 09 2022
PPV 111.00 DH

LOT D154180H.1
UT AV 09 2022
PPV 111.00 DH

LOT D154180H.1
UT AV 09 2022
PPV 111.00 DH

LOT D154180C.1
UT AV 09 2022
PPV 111.00 DH