

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° W19-517904

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique <i>CA</i>	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <i>12808</i>	Société : <i>RAM 41953</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>CHOURK</i>
Nom & Prénom : <i>CHOURK</i>			
Date de naissance : <i>21/04/84</i>			
Adresse : <i>Appt 702-40 Bd 1er Mars 1er Mers SULTAN</i>			
Tél. : <i>066123845</i>		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>Dr. Abdelhak ZAKI</i> Pédiatre N°13, Bd. Ain Taoujoute 1er étage Appt. N°1 - Casablanca Tél : 05 22 48 07 00 / 09 - 06 66 99 99 94 GSM : 06 61 14 45 00			
Date de consultation : Nom et prénom du malade : <i>CHOURK MEHDI</i> Age : Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>Forume</i> 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

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
2010-11-20		1	220	 Dr. Aïn Taouijlate Pédiatre N° 3, Bd. Aïn Taouijlate 1er étage Appt. N°1, C: 3a Tel : 05.22.48.67.66 / 69 - 06.66.99.99.94 GSM : 06.61.14.45.60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	PHARMACIE SAIB Zakaria SAIB Droguiste en Pharmacie 54, Bd de la Gendarmerie - El Azhari II Zaabtance - Tel: 05 22 41 16 54
PHARMACIE SAIB Zakaria SAIB Droguiste en Pharmacie 54, Bd de la Gendarmerie - El Azhari II Zaabtance - Tel: 05 22 41 16 54	26/07/2020	27742

ANALYSES - RADIOPHGRAPHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"/>								
	<p>H</p> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>D <input type="checkbox"/> G</p> <table border="0"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>B</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				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

ORDONNANCE

Dr. Abdelhak Zakir
Pédiatre

N°13, Bd. Ain Taouilata 1er étage App. N°1 - Casab
Tél : 05.22.48.67.66 / 69 - 06.66.99.99.94
GSM : 06.61.14.45.00



CH BOURK MEHDI

45.30

Jean M



05 22 91 16 54
SAIB
Pharmacie
El Azhari II
Flacon de 120 doses
P.P.V. 136.20 DH
Distribué par MSD Maroc

200 - 3

136.20

absent

1 ml :

osc 100 c

1 dose

lun

mc

ARMERIAIE SAIB
Zakaria SAIB
Docteur en Pharmacie
Bd. Oued Daoura El Azhari II
Casablanca - Tel: 05 22 91 16 54

277.40

Dr. Abd
P
N° 3, Bd. Ain Taouilata 1er étage App. N°1 - Casab
Tél : 05.22.48.67.66 / 69 - 06.66.99.99.94
GSM : 06.61.14.45.00