

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

- 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.

N° W19-570080

47384

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 602	Société : LAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	16 NOV. 2020
Nom & Prénom : Sallini Abdellah			
Date de naissance : 24 Nov 1961			
Adresse : 157 RUE SANTA TISSIRI BENNECHID			
Tél. : 66 56 50 46 50 Total des frais engagés : Dhs			
Dr. Haniza Bachir Medecine Générale 20, Boulevard Hassan II - Berrechid Tél. : 05 22 32 53 53			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 19/10/2020			
Nom et prénom du malade : BOUJANN Kenza Age :			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Throgytite + asticose			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
1910/10/06	200 C		150,00	INP : 0161011674

INP : 061111014

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth (1-28) and four anatomical landmarks: D (mesial), H (apical), B (distal), and C (distal). The teeth are arranged in four quadrants: upper left (1-8), upper right (9-16), lower left (17-24), and lower right (25-28). Landmarks D and H are located on the mesial and apical sides of the upper arch, respectively. Landmarks B and C are located on the distal sides of the lower arch, with C being the most distal point.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE ARAF,
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
Rue ASSALAM Hay Al
BERRECHID
Tél: 05 22 32 84

Lot N° 83753
Ut.av.fin 01-2023
Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC
PPV : 30,00 DHS
خبير طبي مكلف لدى المحاكم

ORDONNANCE

Berrechid le: 19/10/2020

Nom & Prénom: Mme SOUNN, Kenza

59,00

11 SAPORIN

30,00

24 Itracon

11/30

31

Cetbury

30,00

4/

134,30

98.

LOT EXP 19/11/89
PPV 04/2022
30.00DH

CETAMYL®
Paracétamol 500 mg
Boîte de 16 comprimés effervescents
P.P.V. : 15,30 DH
6 118000 190226

Dr. Hamza
Médecine Générale
20, Boulevard Hassan II
Tél.: 05 22 32 53 53

Visite de contrôle le:

20, Bd HASSAN II, Tissir 1, Berrechid • برشيد •
Tél. / Fax: +212(0)522 325 353 • GSM: +212(0)661 232 174
المحمول: +212(0)522 325 353 • البريد الإلكتروني: b.hamza55@gmail.com