

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3711 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : HAMMOU ABDELOUATED
Date de naissance : 21.04.1951
Adresse : Résidence Al Manar Imm. P 111-6 Avenue Ben Yakkache El Jem
Tél. : 0661238470 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 Jem le 15/04/2023 Le : 15/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVÉ DES PRIX 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/4/2023	1351.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram showing a 10x10 grid of circles. The grid is centered at the origin (0,0). The horizontal axis is labeled 'D' at the left end and 'G' at the right end. The vertical axis is labeled 'B' at the bottom end and 'H' at the top end. The grid is filled with circles, each containing a letter and a number. The letters are 'H', 'Y', and 'S'. The numbers range from 1 to 8. The circles are arranged in a pattern that follows the grid lines, with some circles missing or overlapping. The grid is bounded by a dashed line.

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

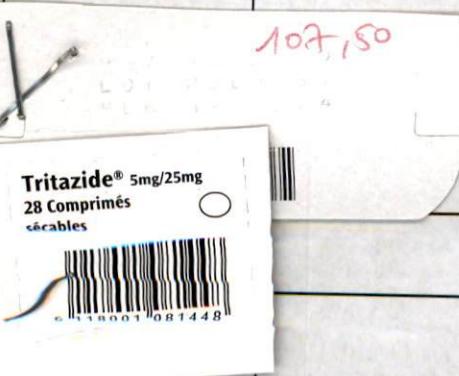
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



15/4/2023 : في

Mr. Hammon, Abd. el. ouahed...: الزبون

Nombre	Désignations	P-U	Solde
01	cardioaspirin	27,70	
01	tritazide	107,50	



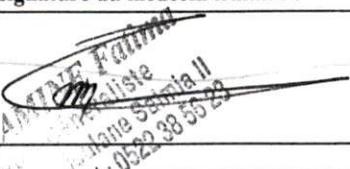
Total 135,20

Signé

Lot, AlQods Nahj Errif El jadida Tél: 05 23 35 26 70

Pharmacie Jahidi
AlQods Nahj Errif
El jadida Tél: 05 23 35 26 70

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
<p>Nom et prénom : <i>HANNOU Abdellahes</i></p>	
Matricule : <i>3711</i>	N° CIN : <i>B.801581</i>
<p>Adresse : <i>RESIDENCE AL MATAK Imm. 2 App: 6 Avenue Fakir ANZARANE 24000 EL JADIDA</i></p>	
<p>Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p>	
Partie réservée au médecin traitant	
<p>Je soussigne : <i>DR BELAINE Fatma</i> Spécialité : <i>GENERALISTE</i></p>	
<p>N° ICE : <i>002237641000046</i> N° INPE : <i>091018259</i></p>	
<p>Certifie que M^{me}, M^{me}, M^e : <i>HANNOU Abdellahes</i></p>	
<p>Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie</p>	
<p><i>Tritazide 5/2,5 1cp/1J</i> <i>cardiaspirine 100 1cp/1J</i></p>	
<p>Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :</p> <p><i>HTA</i></p>	
<p>Dont ci-joint ordonnance :</p>	
<p>Traitement prescrit :</p> <p><i>Tritazide 5/2,5 1cp/1J</i> <i>cardiaspirine 100 1cp/1J</i></p>	
<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables</p>	
<p>Fait à : <i>CASABLANCA le 23/02/2023</i></p>	
<p>Cachet et signature du médecin traitant :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">  </div>	

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées