

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0779 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre : 2

Nom & Prénom : M. BOUCHLI BRAHIM

Date de naissance : 01-01-49

Adresse : 82 RUE NAZEK AL MALAIKA TISSIR II BERRECHID

Tél. : 06 62 84 62 59 Total des frais engagés : 544,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 20 SEPT 2013

Nom et prénom du malade : AZZA FATHIMA Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dépression + Sommeil

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Depression + Sommeil

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 : Berrechid Le : 25/09/2013

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20 Sept 2013	Opérations		150 DHS	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20.9.2023	394,50

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 canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.															
	SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
CŒFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE												
			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<input type="text"/>
	H	G													
	25533412 00000000	21433552 00000000													
	D	G													
	00000000 35533411	00000000 11433553													
	B														
					<input type="text"/>										
					<input type="text"/>										
					<input type="text"/>										
				<input type="text"/>											
				<input type="text"/>											
				<input type="text"/>											
				<input type="text"/>											
				<input type="text"/>											
CŒFFICIENT DES TRAVAUX					<input type="text"/>										
MONTANTS DES SOINS					<input type="text"/>										
DATE DU DEVIS					<input type="text"/>										
DATE DE L'EXECUTION					<input type="text"/>										

Docteur Saïd MERJANE

Médecine Générale

61, Rue Omar Ibnou Al Khattab
Berrechid - Tél.: 05 22 33 71 56

الدكتور سعيد مرجان

الطب العام

رقم 61 زنقة عمر ابن الخطاب
بج شيد - الهاتف : 05 22 33 71 56

Berrechid le :

2w/g/2w&3

ORDONNANCE

A22A

Feltine.

134.40 A

ARIXIB GORAY.

44.70 x ³ New f(j)

~~2000~~ ~~Times~~ ~~for~~ ~~you~~

14 weeks ($\times 0.3 \text{ weeks}$)

~~21.00 x 6
is a function~~

Tax 25.

T-394.50



LOT : 230859
EXP : 06/2026
PPV : 134,40DH

44170.

242600030-02

U
x3 Ged

PPV 21DH00
PER 02/26
LOT M690



U
x5 Ged