

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

ntaire :

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 caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3057** Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

RAGGUI MOHAMED

Date de naissance :

04 - 06 - 58

Adresse :

HABITUELLE

Tél. : **06 99 83 26 63**

Total des frais engagés : **534,60** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **04 / 01 / 2021**

Nom et prénom du malade : **Ben Abdu Meryem**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

FAI

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 : **Be R DE CH 10**

Le : **04 / 01 / 21**

Signature de l'adhérent(e) :

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
04/01/2021			150.00 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 na

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CÉEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANT DES SOINS	DEBUT D'EXÉCUTION	FIN D'EXÉCUTION
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CÉEFFICIENT MASTICATOIRE	<div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div>					CÉEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
		DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

79,70

PPV 79DH70
PER 11/23

LOT J3104

SMECTA 3G

SACHETS 830

P.P.V : 520DH40

6 118000 011460

PER : 05/2022
LOT : 3M631

PPV : 222,00 DH
LOT : 623748
PER : 06/21

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V : 30DH50

PER : 28/06/24
LOT : 28E008

6 118000 010845

Docteur Nawar MOUSTATI
Médecin Généraliste

339, Av.Brahim Roudani
Al Wahda - Berrechid
Tél : 05 22 53 49 25



الدكتورة نوار مستطى
الطب العام

رقم 339-شارع ابراهيم الروانى
حي الوحدة - برشيد

العاتف : 05 22 53 49 25



INPE :061181590

ORDONNANCE

Berrechid le : 04/01/2021 برشيد في :

Ben Abden Moryem
79,70 C.F
1
Azix
Dix
Smecha
Augment
16x21
mod
16x21
Dr. Nawar Moustati
Médecin Généraliste
Al Wahda - Berrechid
Tél : 05 22 53 49 68