

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
OBTENIR 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.

Biologie 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.



Déclaration de Maladie

N° M20- 0002020

- Maladie Dentaire Optique Autres

55483

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3097 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : HAIDA DRISS

Date de naissance : 1-1-1951

Adresse : BP n° 47 AGENCE AR B SIDI RAHAL
PLAGE. CODE POSTALE 2643350

Tél. 0677437822 Total des frais engagés 130,00 + 120,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/12/2020

Nom et prénom du malade : HAIDA DRISS Age: 69

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète + HTA

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 : SIDI RAHAL Le : 14/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
08/12/20	C	A	130,00 DA	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/12/20	120,180

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

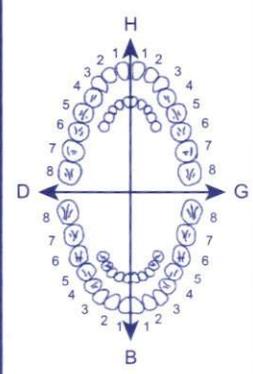
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

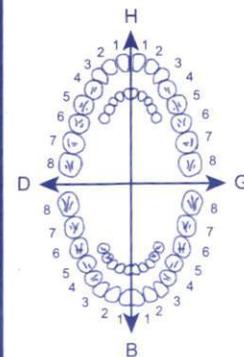
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
D		B	
00000000	00000000	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ahmed BOUFLIM

Médecine Générale

Diplômé en Echographie

(Montpellier - France)

Lot N° 36 Souk LAQDIM

Had Soualem

Tél : 05 22 96 30 04

الدكتور أحمد بوفليم

الطب العام

الفحص بالصدى الصوتي

(مونبيلي - فرنسا)

36 السوق القديم

حد السوالم

الهاتف : 05 22 96 30 04

Had Soualem, le : 08/12/20

MR HATTA BRISSE
58,1,00
11. Novo mix 30

135,00 m: 18 vi
21 Ben Jelethe reactive S.I

58,10x2
21 CARDON 8102 5 (S.V) (n°2)

54,00x2 1/2 q /
43 RAMIPRIL 5mg (S.A) (n°2)

34,60x3 1/2 q /
55 hesilix 40 (S) (n°3)

68 RO SUVAS 8mg 2 q /
1 q /

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 581 DH



PPC: 135,00Dhs



Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

54,00
54,00

LOT : 20E0
PER: 05 21
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 20E0
PER: 05 21
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 20E0
PER: 05 20
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60



Lot n°:
EXP:
PPV: 157 DH 80