

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

armacie :

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.

ptique :

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 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.

Matricule : 3097 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HASSAN DRISS

Date de naissance : 11/11/1951

Adresse : SIDI RAHAI PLAGE BP 44 AL ENNE ABB

CODE POSTAL 26433 SIDI RAHAI

Tél. 06 22 43 78 42 Total des frais engagés 15.000.23.59.82 Dhs



1 MARS 2021

ACCUEIL

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/02/2021

Nom et prénom du malade : Absentia Age 65 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Adfection dermatologique

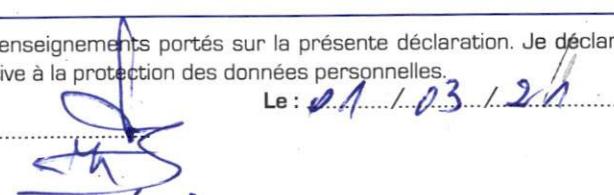
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 RAHAI Le : 01/03/2021

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
12/02/2021		CRU	15000	Dr DUBALASSEUR MEDICINE GENERALE 19, TAILLEUR 4 01 22 88 88 88 Tel: 0522 96 94 53

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE CHATEAU D'EAU DR. TOUIJLE HAJLA DOUAR BENABID R BOUAZZA Tel: 05 22 93 70 22	22/02/21	359,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. OUBALKASS Hind
MEDECINE GENERALE
Hay TANMIA, N°B42, 1^{er} Etg
SIDI RAHAL
Tél : 05 22 96 94 53



الدكتورة أو بلكاس هنر
الطب العام
حي التنمية، رقم : ب 42، الطابق الأول
سيدي رحال
الهاتف : 05 22 96 94 53

ORDONNANCE

SIDI RAHAL, le : 18/02/2021 سيدى رحال، في :

of me Absentia Fatna

1) flagyl 500

20x3g pst 10j

19,80

2) flagyl 500

24,70

3) Taraxet 25 mg
500 comprimés pelliculés sécables
AMM N° 347/15 DMP/21/NNP
PPV : 24,70 DH

76,60

4) Tyroflu 150 gel
100g pst 10j

55,10

5) Oropropolis 100g
1 past 3x1j a 8

14,00

6) Hexamedion 100g
100g pst 10j

140,00

7) Oestes gel 100g
100g pst 10j

359,80

Dr. OUBALKASS Hind
MEDECINE GENERALE
Hay TANMIA, N°B42, 1^{er} Etg
SIDI RAHAL
Tél : 05 22 96 94 53

