

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.

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.

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.

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

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.

N° P19-

046175

Optique **76436** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7679**

Société : **R.A.M**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **H.A.DIL A.B.DERRAHMAN**

Date de naissance : **11/11/1961**

Adresse : **309 LOT EL WAFA H DEROUA**

Tél. **673 98 56 81** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **01/06/2014**

Nom et prénom du malade : **Zine El Dine LI MISHI** Age : **66**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie

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 : **D.CMS**

Le : **01/06/2014**

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
06/08/2014	MEDECIN GENERAL EN CHIRURGIE COMMERCIAL Lot. khadis 23.95 54 6804	1	150	INP 06 1033619

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUMOUMA 44 lotissement el wafaa Deraoua Fix : 05.22.53.20.54	11/21	170.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Dr BITI FATIHA
MEDECINE GENERALE ECHOGRAPHIE
Lot khadidj Centre Commercial
Tel 5512 22 95 64 DROUA

Dr BITI FATIHA
MEDECINE GENERALE ECHOGRAPHIE
Lot khadidj Centre Commercial
Tel 5512 22 95 64 DROUA

D 602 01/06/64

ZINFDIN Idriss LATI Ha
89.00

PHARMACIE EL OUMOUMA
R44 lotissement el wafaa
Deroua

Fix : 05.22.53.20.54

1 16.60

→ 100 mg 1x100 mg

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Deroua

Fix : 05.22.53.20.54

66.00

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Deroua

Fix : 05.22.53.20.54

170.60

→ GASTINET

Dr BITI FATIHA
MEDECINE GENERALE ECHOGRAPHIE
Lot khadidj Centre Commercial
Tel 5512 22 95 64 DROUA

1 x 31 10
06/12/22 9564

6

65,00

SD18 0823
LOT PER
Prix 89.00



LOGAPREO 0,194
CREME T15G
P.P.U. 16D60
LOT 20E030
PER 11/2022