

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



82256

Déclaration de Maladie : N° S19-0004245

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11440 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BEN Moulay HASSAN Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 0665 79 61 62 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/08/2021
 Nom et prénom du malade : BEN MOULAY ABDELQUADIR Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Toux + FÈVÈRE
 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 : Casa Le : 05/08/2021
 Signature de l'adhérent(e) :

Stamp: Docteur El Amine A. Bouhassane, Médecin Abrès, Algérie, Aut. No: 1589, Tel: 05.22.93.03.09

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
05/08/2021			160,0004	

pour El Assia
 Techn Agres par
 Ministère de la Santé
 Arr. No: 1582
 Tel: 05.22.93.03.09

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE AN-NIA
 Immeuble Asses, Km 16,4 - Ouja
 Tél: 0522 93 45 22

5/8/21 407,10

INPE: 092010578

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

AM PC IM IV

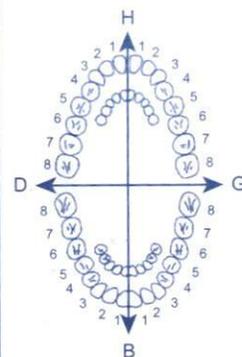
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

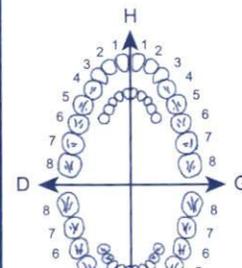


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

AZIX[®]
Azithromycine

500 mg
Voie orale

PPV: 79DH70

PER: 11/23

LOT: J3285

b

AZIX®
Azithromycine

500 mg

Voie orale

PPV: 79DH70
PER: 11/23
LOT: J3285

Cholecalciferol 100 000 UI
Vitamine D3

D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV: 49,60 DH
LOT: 21027
EXP: 04/2024

PARANTAL C 1000

PPV: 19DH60
EXP: 11/2024
LOT: 0804284

غيرة - الختان

ار البيضاء، في
A- ABDEL

ZINASKIN®

EXP: 03/2024
LOT: 11025 42

PPV: 40DH90

PHARMACIE AN-NIA
Lotissement Hadj Fateh - Tél.: 05 22 93 46 31

27,70 AZIX

19,60 PARANTAL C
1 Cp x 2i

49,60 D-CUR FORTE 95
1 amp x 1 buvable

40,90 ZINASKIN
1 Cp x 2i

27,70 CARDIO ASPERINE
1 Cp x 2i

69,00 D-CUR FORTE
1 amp x 2i

Docteur El Arabi Redouane
Médecin Agrégé
Le Ministère de la Santé
Aut. No.: 759
Tél.: 05 22 93 03 09