

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.

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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

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.

Traitements :

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 à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1790 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAMILOU BENDAOUD

Date de naissance : 18.11.52

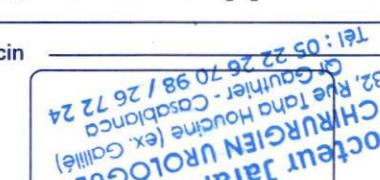
Adresse : LOT ELWAFA H 30 BERWAD

Tél. : 06 63 239 394 Total des frais engagés : 1850 Dhs Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/09/2021

Nom et prénom du malade : MAHMOUD HAMID Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : maladie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : maladie

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 : BERWAD

Le : 11/10/2021

Signature de l'adhérent(e) : MAHMOUD HAMID



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
28/9/2021	C		3201	<p>32, Rue Tahar Houcine (ex. Goullié) Dr Gauthier - Coordonnées : Tél : 05 22 26 70 98 DOcteur Jaffar ZEMRAG CHIRURGEN URDOLUGE</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUMOUWA 244 lotissement el wazaa fix. 15.12.53.20.54	28/9/21	1511,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS
PROTHESES DENTAIRES	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G	

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

DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT N°: 12956-9

109,20

UT.AV: 09 2025

P.P.V:

09366148/4

LOT: 05821011

PER: 05/2024

PPV: 74,80 DH

LOT N°: 12956-9

109,20

UT.AV: 09 2025

P.P.V:

LOT N°: 12956-9

109,20

UT.AV: 09 2025

P.P.V:

09366148/4

UT.AV: 09 2025 109,20 P.P.V:

LOT N°: 12956-9 109,20

UT.AV: 09 2025 109,20 P.P.V:

09366148/4

LOT N°: 12956-9 109,20

109,20

P.P.V:

LOT N°: 12956-9 109,20

109,20

UT.AV: 09 2025 109,20 P.P.V:

09366148/4



153,30

LOT N°: 12956-9

109,20

P.P.V:

UT.AV: 09 2025

LOT: 05821010
PER: 05/2024
PPV: 74,80 DH

LOT N°: 12956-9

109,20

P.P.V:

UT.AV: 09 2025



LOT 417
EXP 05/23
PPV 112DH00

09366148/4