

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ducation :

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.

taire :

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.

ladie 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



Déclaration de Maladie

N° P19-0031841

MUPRAS
RECEPTION 106430

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 8943

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABAOUISS NOUREDDINE

Date de naissance :

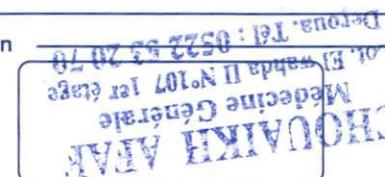
Adresse :

Tél. :

1962
BLOC R n°16 DE ROYA
BERRECHID
0668444746 Total des frais engagés : 282,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la 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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 27/10/2022

Kh. 101

ACCUEIL

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
27/01/22	C		150 F	INPE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DR. OULAKEM DR/AP</i> <i>PHARMACIE DU HAMEAU</i> <i>15-01-2023 03:43:12</i>	27-01-22	132,00

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 canalaires, ainsi que le bilan

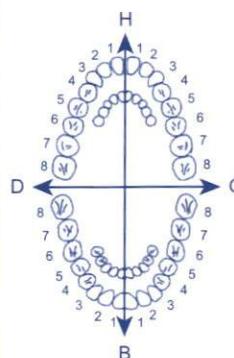
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. Chouaikh AFAF
Médecine Générale

107, Lot El Wahda II - 1er Etage
Deroua - Tél.: 05 22 53 20 70

الدكتورة الشويخ عفاف
الطب العام

107، تجزئة الوحدة II ، الطابق الأول
الدروة، الهاتف : 05 22 53 20 70

الدروة، في ٢٧/١١/٢٢
Deroua, le 27/11/22

Habiba · Belkhatra



1 - Macromax 63,00 5,00

1/2 ق p + 6 ق Parantal 100

2 - Parantal 100 3 أقراص

69,00 1 ق + 2 ق

3 - Douro & 8 ق
Acès x 2 ق

4 - Plus 55,00
1 ق mat 15 ق x

LOT : 4127
UT. AV : 10-23
P.P.V : 63 DH 00

3 أقراص

LOT : 220031
DUO : 01/2025
69,00 DH

132,00 A.C. 7-A
Tél : 05 22 03 43 7-A
BLOC P.N° 5 BIS Deroua

DR. OULHAKEM HAJAR
PHARMACE OULHAKEM

Deroua, Tél : 05 22 53 20 70
Lot El Wahda II N°101 1er étage
Médecine Générale
CHOUAIKH AFAF