

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.

Radiologie 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0029558

MUPRAS
RECEPTION

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5652**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **SAFRI miloudi**

Date de naissance : **28/01/1962**

Adresse : **40, 2009 EL kacfae Derrawa
Bettachid**

Tél. : **066.849.8354** Total des frais engagés : **1331,10** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **04/05/2023**

Nom et prénom du malade : **HABIB MINA** Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **SP A**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : **N.S.R.**

Le : **10/05/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhension@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.

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
04/05/23	S		300.00	RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES Montant détaillé des Honoraires Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes Signature du Médecin Signature du Praticien

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES Montant détaillé des Honoraires Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes Signature du Médecin Signature du Praticien	04-05-23	133.91,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

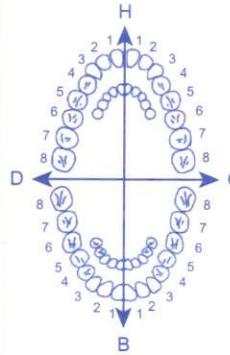
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION



**O.D.F
PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU CŒFFICIENT
MASTICATOIRE**

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

(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

Docteur Mariya RAFIK

Spécialiste en Médecine Interne

Maladies Systématiques

Maladies Rhumatologiques

Maladies du Sang

الدكتورة رفيق مرية

اختصاصية في الطب الباطن

الأمراض المعمو عاتية

أمراض الروماتزم

أمراض الدم

22,00

طبيبة سابقة في مستشفى
مولاي يوسف وابن رشد
في الدار البيضاء

Berrechid le : 04 MAI 2023

22,00

✓

✓

✓

144.800,00

✓

✓

✓

22,00

22,00

✓

✓

✓

✓

62074810

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

Tél : 05 22 32 55 94

Dr RAFIK MAHIA
Spécialiste en Médecine Interne
Malades Systémiques Rhumatologiques
N° 07 Avenue Okba ibn Nafaa RD
05 22 32 55 94

7 زنقة عقبة ابن نافع الطابق السفلي - برشيد.

22,00

22,00

51,00

100 22006
PER 05/24
PPV 144DH50

100 22012
PER 12/24
PPV 144DH50

100 22012
PER 12/24
PPV 144DH50

51,00

51,00

51,00

Epyca® 75 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV.: 75DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260690

Epyca® 75 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV.: 75DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260690

Epyca® 75 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV.: 75DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260690

Epyca® 75 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV.: 75DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260690

Epyca® 75 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV.: 75DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260690

22,00

22,00

22,00