

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.

Adresses Mails utiles

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5954 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DI BOUNE EL MOSTAFA

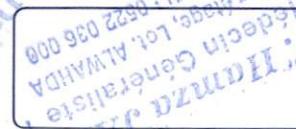
Date de naissance : 26/10/1961

Adresse : Habituelle

Tél. : 0661550569 Total des frais engagés : 393,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/05/2023

Nom et prénom du malade : DI BOUNE EL MOSTAFA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : lombalgie + turbacalve

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 : Deraa Le : 23/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : El Mostafa



VOLET ADHÉRENT

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
08				
05				
23			150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE EL OUMOUMA 244 lotissement el wafaa Deraa Fix : 05.22.53.20.54	02.05.123	243,40

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
		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 l'ODF.

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

ODF PROTHESES DENTAIRES

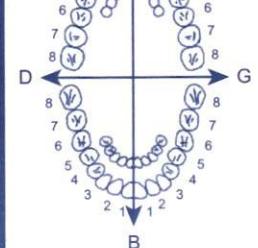
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
00000000	00000000	
00000000	00000000	
35533411	11433553	

G

B

(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. Hamza JAMI

الدكتور حمزة جامي

OMNIPRATIEN

الطب العام

Lauréat de la Faculté de Médecine
et Pharmacie Casablanca
Ancien Médecin Interne au CHP Ben M'sik

خريج كلية الطب و الصيدلة الدار البيضاء
طبيب داخلي سابق
بالمراكز الإستشفائية بن امساك



Deroua, le ٢١ / ٥ / ٢٠٢٧ الدروة , في

Dr. Boum
El Mostafa

PHARMACIE EL OUMOURA
244 lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05 22 53 20 54

82,00
٨٢,٠٠

١)

Iso x 200

PHARMACIE EL OUMOURA
244 lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05 22 53 20 54

34,00
٣٤,٠٠

49,00
٤٩,٠٠

34,40 + 2
٣٤,٤٠ + ٢

243,00
٢٤٣,٠٠

Acethi x 4
٤

07
٠٧

De prosucrel
دبس

الطبق الاول تجزئة الوحدة 2 امام مختبر التحاليلات الدروة

252 1er étage, Lot. ALWAHDA 2 En Face du Labo d'analyses médicales Deroua

الهاتف : 05 22 036 000

LOT/EXP.: 11



PPV : 28905
LOT : 05001
EXP : 04/2027

PPV : 32001
LOT : 05001
EXP : 04/2027

PPV : 00-65

P.P.V.: 370H70
02/2027
610293

P.P.V.: 370H70
02/2027
610293

P.P.V.: 370H70
02/2027
610293