

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- 0017182

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

2610

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ATMI EL MOSTAFA

Date de naissance :

23-12-1957

Adresse :

RESID ARTMIS N°13, Bd YACOUBEL
HANSOUR angle Rue TBN ALMORAJAL MEKNES
Tél. : 0663072895 Total des frais engagés : 432.60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

28/04/2023

Nom et prénom du malade :

ATMI EL MOSTAFA Age: 1957

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

CHRONIQUE

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

MUPRAS

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 :

MEKNÈS

Le : 15/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/10/2023	

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 canalaires, 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
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

PHARMACIE DES URGENCES
DR. BANANA SALOUA
09 BD YAACOUB EL MANSOUR V/N
MEKNES

Tél : 0535439964

28/04/2023

AZMI EL MOSTAFA

FACTURE N° : 4356 du 28/04/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	CARDENSIEL 2.5MG X 30 CPS	50,70	152,10	0%
3	TORVA 10MG X 30 CPS	57,80	173,40	0%
3	KARDEGIC 160 STS	35,70	107,10	0%
Total TTC				432,60

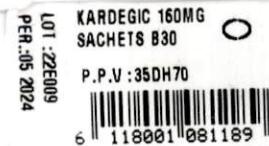
Arrêtée la présente Facture à la somme de :
QUATRE CENT TRENTÉ DEUX DIRHAMS ET SOIXANTE CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	432,60	0,00	432,60
		432,60	0,00	432,60

LOT : 1107
PER : 08/24
PPV : 57,80 DH

LOT : 1112
PER : 01/25
PPV : 57,80 DH

LOT : 1112
PER : 01/25
PPV : 57,80 DH



Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

AZMI EL MOSTAFA.

Matricule :

2610

N° CIN : D 95 877.

Adresse :

112 LOT EL WAFA H DEROUA . BP: 71

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr FAYDOUCET

Spécialité : ALMOHAGUE

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : AZMI EL MOSTAFA .

Nécessitant un traitement d'une durée :

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Conjonctive ophtalmique avec goutte d'huile ATB + stents adhésifs
Mise de diète

Dont ci-joint ordonnance :

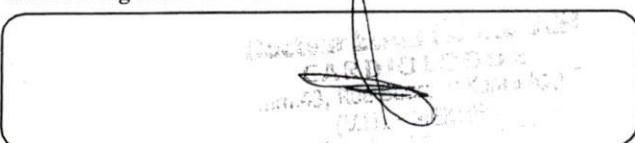
Traitement prescrit :

Candabidol - Efguimol - Stent id - bijolycl 160
TDWATU

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le / /

Cachet et signature du médecin traitant :



*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées