

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.



MUPRAS
RECEPTION
MUPRAS
RECEPTION

M22- 0029889

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00 100 80 Société : R Am

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAFRI MOHAMED

168802

Date de naissance : 1853

Adresse : Douala ouest YAHYA

IBGLOUT

Tél. : 06 55 18 75 35 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/11/2023

Nom et prénom du malade : Mohamed Safri Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie chronique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : La goutte

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 : DEROULÉ

Le : 11/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : Safri

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
25/4/23	C C	G		Centre de Santé Urbain Derouat Berrechid
26/4/23	C C	G		DI DIENNAI TAK Centre de Santé Urbain Derouat Berrechid

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie PRINCIPALE DEROUAT Tél: 05 22 33 20 83 062049176	26/04/23	140,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>

ORDONNANCE

LOT 222631
EXP 09/2026
PPV 31.30

001723
P 91,00

le 26/4/23

91,00

Mr/Mme Safri Nofamed

84,00

31.30

① Ziloric 200mg S.i.

2 3 Ipratij pft 3 min

91,00

Staticol 20mg

②

Ispij le soi pft 3 min

22,00

③ Cetol

16



51,40

Dixide - 75 mg
16 j ds



Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
BLOC U N° 1 D21
Sari 24
Deroua 05 22 53 20 83
S.i.: 05 22 53 20 83

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
Centre de Santé Urbain
Deroua Béni Mellal
BLOC U N° 1 D21
05 22 53 20 83

51,40.30

LOT 223844
EXP 11/2026
PPV 31.30

Dr. FENKOUCHE TAK
Centre de Santé Urbain

Deroua Béni Mellal

Cachet du médecin

C.S.U.

Deroua

91,00

AMM N° 528/IT/DM/92/IN/RDI
N° Lot:
2-T3592
04/2022
04/2025
Fab:
PPV 51,40 MAD (Dhs)
Per:

ORDONNANCE

Dr. FENKOUCHE TAHRA

Date : 25/4/23

Deroua - Benfekhid

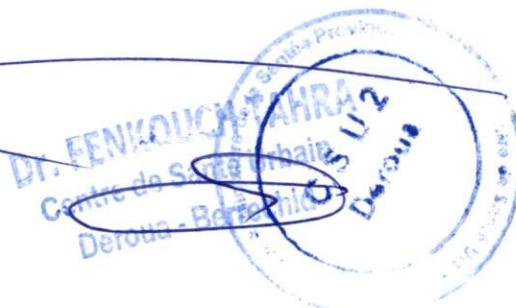
Mr/Mme

Safri Nathanael

Dosage :

① Macide wifue

② Prostagrel T



Cachet du médecin

