

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.

M23-005717

MLD

170949

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5314 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUAD

Abderahim

Date de naissance : 01 - 5 - 1953

Adresse : LOT WATA

H98 DEROUA

Tél. : 06 62 65 28 33

Total des frais engagés : 439,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : DEROUA

Le : 03/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

DETAILLAGE DES ACTES 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
PHARMACIE EL OUMOUNA 244 boulevard el wafa Deroua Fix : 05.22.53.20.54	11/8/2022	439,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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'ODDF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A coordinate system is overlaid, with the vertical axis labeled 'H' at the top, the horizontal axis labeled 'D' to the left, and the diagonal axis labeled 'B' at the bottom right.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

M.

YADINE FOUZIA

PHARMACIE EL OUIMOURA
4 lotissement el wafaa
Deroua
TÉL : 05.22.53.20.54

Le 1-8-23

Facture N° 91

Quantité	Désignation	Prix	Montant
1	A. piatra S. o. lo. ston 100	439,00	439,00



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

Nom et prénom : **OUAD Abderrahim**

Matricule : **5314** Nº CIN : **B 142 486**

Adresse : **LOT WAFA 498 DEROUA**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Dr. Hamza JAMI
Médecin Généraliste
1er étage, Lot. ALWAHDA

Je soussigne : **Deroua - Tél. : 0522 036 000**

Partie réservée au médecin traitant

Spécialité : **Medecin general**

Nº ICE : **Deroua** Nº INPE : **INPE: 061253688**

Certifie que M^{me}, M^{me}, M^{me} : **Fouzia yaqine**

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois +

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

**vise trouble, poly polydysfonct. abd: 2, 22
Athm. Hbaco. 11,2**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : **4mlur therapi**

Contus Solo Star + APidro Solo Star.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Deroua le 21/03/2022**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Hamza JAMI
Médecin Généraliste
1er étage, Lot. ALWAHDA
0522 036 000

*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