

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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.

M23-0026152

177711

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	5145	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<input checked="" type="checkbox"/>
Nom & Prénom :		BEN ABDALLAH JAMAL	
Date de naissance :		25.04.60	
Adresse :		H 312 LOT FLOUAFIA DEROUA	
Tél. :		06 91 51 07 73	
		Total des frais engagés : 1486,90 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/ /		
Nom et prénom du malade :	JAMAL		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même		
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie : 05 OCT. 2023
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 : 25/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
PHARMACIE EL MOUIMA 244 lotissement el wafaa Deroua Fax 03.22.53.20.54	25/01/23	14.86,90

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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

ODF PROTHESES DENTAIRES

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M. BEN ABDALLAH

JAMAL

PHARMACIE ELOU
244 lotissement e
Deroua

Fix : 05.22.5

49,40

Le 25/9/23

Factur

Quantité	Désignation	Prix	Montant
3	cochlear AS	27,70	83,10
3	Tolter 10	79,00	237,00
4	Amex 5 128	29,00	116,00
13	Tamsulosine 0,4	29,00	377,00
4	Microcandis 40	67,10	268,40
			244 lotissement e Deroua
			Fix : 05.22.53.20
			T = 1486,90

LOT : TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30

PER : 02/2025 P.P.V : 98DH00

6 118000 062257

LOT : TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30

PER : 02/2025 P.P.V : 98DH00

6 118000 062257

LOT : TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30

PER : 02/2025 P.P.V : 98DH00

6 118000 062257

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 00280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

79,00

79,00

79,00

79,00

79,00

79,00

79,00

79,00

79,00

79,00

79,00

49,40

49,40

49,40

49,40

49,40

6 118001 040230
MICARDIS 40mg
(Telmisartan)
28 comprimés
P.P.V : 168 DH 80
P032001-002



6 118001 040230

MICARDIS 40mg
(Telmisartan)
28 comprimés

BOTTU S.A. PPV : 168 DH 80

P032001-002



6 118001 040230

MICARDIS 40mg
(Telmisartan)
28 comprimés

BOTTU S.A. PPV : 168 DH 80

P032001-002



6 118001 040230

MICARDIS 40mg
(Telmisartan)
28 comprimés

BOTTU S.A. PPV : 168 DH 80

P032001-002