

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



N° W19-500042

no 24688

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11677

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUIDI ELMOSTAPA

Date de naissance : 01-01-1978

Adresse : N°32 Lot ELWAFI 2 Route BEN

AHMED SETTAT

Tél. : Total des frais engagés : 3310 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Souad ELFILALI
Médecin généraliste
INPE / 41153448

Date de consultation : 10-07-2020

Nom et prénom du malade : BOUIDI ELMOSTAPA

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ABC dentaire

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 : SETTAT

Signature de l'adhérent(e) :



| RELEVÉ 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 |
| | CMG | | | Dr. Souad ELFILALI Médecin généraliste INPE / 41153448 |

Dr. Souad ELFILALI
Médecin généraliste
INPE / 41153448

| EXÉCUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|---------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 10-1-20 | 93,10 |

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

10-1-20

93, 10

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cachet et signature du
laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

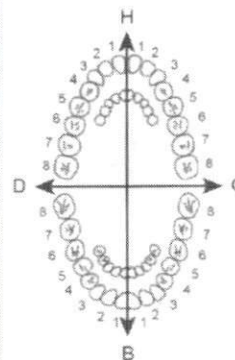
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'OC

INP: | | | | | | | | |

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées[illegible]

Coefficient

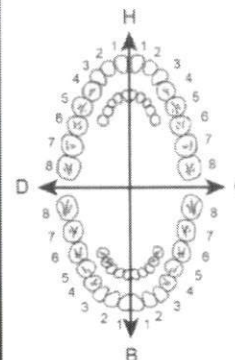
COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|----------|---|----------|
| | H | |
| 25533412 | | 21433552 |
| 00000000 | | 00000000 |
| D | | C |
| 00000000 | | 00000000 |
| 35533411 | | 11433553 |
| | B | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

ORDONNANCE

SEPTAT le 10-1-2020

Bouidi EL

64,10

1) aximycine

25, ~ 1 cp x 2 j ps

2) Zyrdol 500.

1 cp x 2 j ps

93,10

AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles

PPV 64DH10

LOT 85005
EXP 04/2020

ZYRDOL® 500 mg 20 Comprimés pelliculés

PPV 29DH00

EXP 06/2022
LOT 94082 1

Dr. Souad ELFILALI
Médecin généraliste
INPE / 41153448