

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 3 mois.



Declaration de Maladie

N° W19-497696

ACHAT LIBRE

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2010 Société : RAM

☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUDALA WAHID

Date de naissance : 08-08-52

Adresse : Résidence ALFARAS n° 79 r. de Nouvelle ACADIR

Tél : 06 777 17 064 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/08/2020

Nom et prénom du malade : BOUDALA WAHID

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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'at: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ACADIR

Le : 13/08/20

Signature de l'adhérent(e) :

et 03/10/20

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-497696

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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.

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/08/2020	127.80
	03/10/2020	116.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

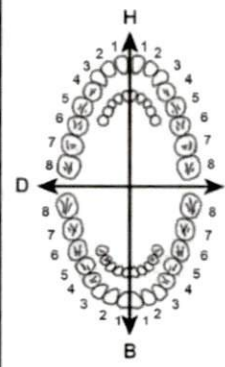
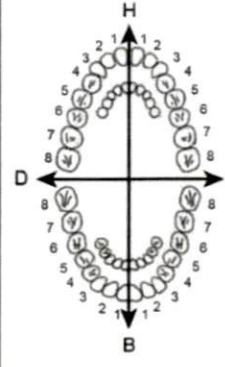
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. Soufiane ABOUAMER

Médecin Dentiste

Diplômé de la Faculté de Médecine Dentaire
de Casablanca



الدكتور سفيان أبو عامر

طبيب الأسنان

خريج كلية طب الأسنان - الدار البيضاء

أكادير في 13/8/20 Agadir, le

- ORDONNANCE -

Mr. BOUDALA

Wahid

GUM AFTACLEAR (B.B)

127.80

Rincage quotidien



1 j / j

PHARMACIE AL MANZAH
BERDAL Hourriya ep. LAGHRABLI
Av. des FAR Talborjt - AGADIR
Tél: 05 28 84 44 43

Dr. Soufiane ABOUAMER
- Chirurgien Dentiste -
Tél : 05 28 21 56 33

Pharmacie AL MANZAH - Agadir

Houria BERDAI
05 28 84 44 43
Avenue des FAR TALBORT, AGADIR



Facture N° FAC-49556

Date : 03/10/2020

MR BOUDALA WAHID

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
KETODERM CR 2% CREME 10G	1	27,30	2	27,30
SEDASTERIL+ CREME LAVANTE 250ML GM	1	89,00	3	89,00

Code de TVA	1	2	3
Taux	0%	7%	20%
Montant (DHS)	0	1,79	14,83

Total HT	99,68 DHS
TVA	16,62 DHS
Total Organisme	0 DHS
Total Client	116,30 DHS
Total	116,30 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cent seize DHS et trente centimes



Pharmacie AL MANZAH - Agadir

Houria BERDAI

05 28 84 44 43

Avenue des FAR TALBORT, AGADIR



Facture N° FAC-44591

Date : 13/08/2020

MR BOUDALA WAHID

DR ABOUAMER

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
GUM AFTA CLEAR BAIN DE BOUCHE 120ML	1	127,80	3	127,80

Code de TVA	1	2	3	Total HT	106,50 DHS
Taux	0%	7%	20%	TVA	21,30 DHS
Montant (DHS)	0	0	21,30	Total Organisme	0 DHS
				Total Client	127,80 DHS
				Total	127,80 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cent vingt-sept DHS et quatre-vingts centimes

PHARMACIE AL MANZAH
BERDAI Hourriya
Docteur en Pharmacie
Avenue des FAR - AGADIR
Tél: 05 28 84 44 43
042007393

TP : 48322977 ICE : 001696911000092 -- INPE: 042007393

Tel : 05 28 84 44 43

Adresse : Avenue des FAR TALBORT, AGADIR