

## 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.

N° W19-549951

ND: 488 / 2

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>3057</b> Société : <b>RAM</b>			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>RAGUI MOHAMED</b>			
Date de naissance : <b>04/06/58</b>			
Adresse : <b>HABITUELLE</b>			
Tél. : <b>06 99 85 26 63</b>	Total des frais engagés :	<b>572,30</b>	Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<b>23/10/20</b>
Nom et prénom du malade :	<b>Rappui Mohamed</b>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<b>Féver</b>
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.	



**MUPRAS**  
25 NOV. 2020  
ACCUEIL

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 : **Blida**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **27/10/2020**

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
27/11/2020			150 DH	INP : 0611181590 DR MOUSTAFA Médecin Specialist Dr Moustafa - Bérechid -

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Siham Bd. des FARAISSA BERREBBI : TEL: 0522 59 39 63	21/12/2020	42,30

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
					PPV: 79DH70 PER: 06/23 LOT: J1900
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		D			MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION
<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>					
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>					

Docteur Nawar MOUSTATI  
Médecin Généraliste  
339, Av.Brahim Roudani  
Al Wahda - Berrechid  
Tél : 05 22 53 49 25



الدكتورة نوار مستطigue  
الطب العام  
رقم 339 - شارع ابراهيم الروداني  
حي الوددة - برشيد  
الهاتف : 05 22 53 49 25



INPE : 061181590

## ORDONNANCE

Berrechid le : ..... 25/06/2020 ..... برشيد في :

Rappi Mohamed  
= 19,70 x 2 =  
= 159,60 Argx 500 mg  
22,00 500 i 2066  
21 Augment 100 x 30 i  
10,00 31 zinc 100  
T = 422,30 100  
  
Pharmacie Sintech - فارمسيتى سينتك  
27, Bd EL FARAI AL WAHDA -  
BERRECHID -  
Tél.: 0522 53 39 68

Dr. MOUSTATI Nawar  
Médecin Généraliste  
339 Av. Brahim Roudani - Berrechid