

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.

137058

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 1757-1

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Bakasse EL HASSAN

Date de naissance :

13/07/1956

Adresse :

site de police villa n° 4 polo essa

Tél. : 06 59 158 711

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Saïd MORCHILI
Chirurgie Orthopédique
et Traumatologique
n° 101 Badis Lot. Assanaoubar
N° 74 - El Jadida
05 23 38 78 78

Date de consultation : 02/11/2022

Nom et prénom du malade : BAKASSE EL HASSAN

Age: 66

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Lumbosacralgie + neuropathie radiculaire

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 :

Le : 11/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

113



RFM
+ MUPRAS.com

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
02/07/22	C2		200,00	Dr. Said MORCHID Chirurgie Orthopédique et Traumatologique Av. Ibn Badis Lot. Assanaouia N° 74 - El Jadida Tél. 05 23 26 12 12

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. AY. HABIB 23/07/22	02/07/22	682,62

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

AMM N°: 160/16 DMP/21/NNP

N° Lot: 1PK130

Fab: 08/2021

Per: 08/2023

PPV : 273,00 Dhs

SOINS DENTAUX	Coefficient
	30,00
	PPV: 61DH50 PER: 07/25 LOT: L2659
	PPV: 144 DH 50
	DEBUT D'EXECUTION
	PPV: 82 DH
	FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G
	B
	onction) re à la profession
	PPV: 61DH50 PER: 06/25 LOT: L2129
	MONTANTS DES SOINS
	DATE DU DEVIS
	DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr SAID MORCHID

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Membre de la Société Marocaine et Internationale de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

- Chirurgie de la Hanche et du Genou
- DIU Traumatologie et Chirurgie du sport (France)
- DIU Chirurgie du Pied / Arthroscopie (France)
- Chirurgie de la main et des rhumatismes
- DIU en Expertise Médicale
- DIU en Echographie des membres



الدكتور السعيد مرشد

جراحة العظام و المفاصل

عضو الجمعية المغربية والدولية لجراحة العظام والمفاصل

- جراحة الركبة و الورك

- دبلوم الجراحة و الطب الرياضي (فرنسا)

- دبلوم في جراحة الرجل و الجراحة بالمنظار (فرنسا)

- جراحة اليد و الروماتيزم

- دبلوم في الخبرة الطبية

- دبلوم في الفحص بالصدى

le 02/11/2022

et BAKABSE ET Hassan ,

61-50X2

ISV

10/ Moléc 15 mg ~~1cp/sem~~ après les repas (0-2-02) ISV (0-1-0)

20/ 50 ~~1cp/sem~~ ISV Traet cp 1cp/sem le soir au 21 coucher

27/ 50 ~~1cp/sem~~ ISV Nervasc 75 1 gel/sem + 02 mois

- 30/

44/50 ~~1cp/sem~~ Raciper 20 1 cp/sem 206sem (1-0-0)

40/ 60

82/60

