

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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08577 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAHIR HABIBA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.39.76.79.79 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Hamza BACHIF
Médecine Générale
20, Bd Hassan II Tissir 1
Tél/Fax: 022.32.53.53

Date de consultation : 10/10/2022

Nom et prénom du malade : Mme TAHIR HABIBA Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *hémato* *hépatite* *éosinophilie*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : *maladie de Nov. 2022*

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 : / /

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
03/10/2022 C				Dr. Hamza BACHIR Médecine Générale 20, Bd Hassan II, Casablanca 1003 Téléphone: 0524 22 03 53

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ASMOUDI Samir Docteur en Pharmacie Rue ASSALI, 14 Casablanca Bab Ezzouar 20220	03/10/2022	241,40

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.

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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

82,10

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 480H80

LOT : 20E02
PER : 08/2005
6 118000 060062

LOT : 21916
PER : 10/23
PPV : 64,10 DH

Diplômé en Médecine du Sport
Diplômé en Médecine du Travail
Diplômé en Expertise Médicale
Expert auprès des Tribunaux

22,70

22,70

Berrechid le

13/10/2022

برشيد في
NORMALE ARAFA

ORDONNANCE

Nom Prénom : THIR

ASMOUN Samir

Docteur en Pharmacie

12 Rue ASSAD Al HAY AL HOUAR

BERRECHID

Tel : 0522 328452

64,10

1 Disp 2 mo x

15

AS

+ 07

49,80

1 flgy

100 mg

39 93

82,10

37 EUZOR

100 mg

Carte de 14

2 x 22,70

41

Bruxelles

AS

07

T : 241,40

AS

Carte de 14

Visite de contrôle le :

Signé: Dr HAMZA Bachir
Dr. Hamza Bachir
Médecine Générale
20, Bd Hassan II Tissir 1
TéléFax: 0522 325353

20, Bd HASSAN II, Tissir 1

20، شارع الحسن الثاني، التسيير 1

Télé/Fax : 0522 325353 : الهاتف - فاكس :

المحمول: 0661 232174 Portable : 0661 232174

Email: b.hamza55@gmail.com : البريد الإلكتروني :