

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.

Maladie

Dentaire

Optique

144296 Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6798

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEDRI Hamid

Date de naissance :

28-12-1961

Adresse :

Habituelle

Tél. : 06.62.01.48.11

Total des frais engagés : 225,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Chaymae ELOUAZZAM
Omnipraticienne, Echographie
Résidence Ibn Khaldoun Porte 2
App. N°2

Date de consultation :

05/01/2023

Nom et prénom du malade :

Hedi BEDRI Mohcine Age: 57 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DE plus

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 : PERECHID

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/01/2023

Hamed

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05 Janvier 2015 Honoraires de consultation Résidence Ibn Khaldoun Porte 2 App. N°2 Tel:0522 32 48 12	Actes		150 Dhs	Dr. Chayma ELOUAZZANI Omnipraticienne Echographie Résidence Ibn Khaldoun Porte 2 App. N°2 Tel:0522 32 48 12

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL MASJID Dr. T. BELMOUADEM Imam, Habous BERRCHAO Tél : 05 22 32 86 16 FAX : 05 22 33 75 58	05.01.23	75,70
	06.200.75.81	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

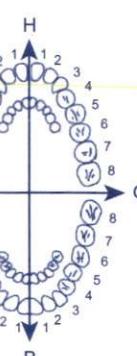
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 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"/>

Dr. Chaymae ELOUAZZANI

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Ex Médecin au CHU-Casablanca

Ex Médecin à l'Hôpital Errazi-Berrechid

Ex Médecin à l'Hôpital Med V-Safi



الدكتورة شيماء الوازاني

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة

بالدار البيضاء

طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيبة سابقاً بمستشفى الرازي برشيد

طبيبة سابقاً بمستشفى محمد الخامس بأسفي

Berrechid , le ٠٥/٠١/٢٣ برشيد في

Hél BADRI H

34,40

① - Nealgyl 80

41,30

② - IXOR 20

75,70

Dr. Chaymae ELOUAZZANI
Omnipraticienne, Echographie
Résidence Ibn Khaldoun Poste 2
Tél: 0522 32 48 12
App. N°2

PPV: 34DH40
PER: 06/25
LOT: L2238-1

IXOR® 20 mg 7 comprimés effervescents
PPV 41DH30
EXP 05/2024
LOT 26037 1

Pharmacie AL MASJID
Dr. T. BELMOKADEM
Imm. Habous - BERRCHID
Tél : 05 22 32 86 16
Fax : 05 22 33 75 58

05 22 32 48 12 قرب صيدلية المسجد - الشقة رقم 2 برشيد-الهاتف 12

Résidence Ibn khaldoun-poste 2 - Appt 2 N° 2 -Berrechid - Tél: 05 22 32 48 12

GSM : 06 62 14 34 32 - E-mail : elouazzanichaymae@gmail.com