

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.

Mails utiles

: contact@mupras.com
 : pec@mupras.com
 : adhesion@mupras.com

La loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|--|
| Matricule : | 8163 | Société : | RAM |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : <i>charl. Abdellah</i> | | | |
| Date de naissance : <i>18.07.1967</i> | | | |
| Adresse : <i>56 H.Ay mashaoudia Rue 1800 casablanca</i> | | | |
| Tél. : <i>06.61.98.63.44</i> | | | Total des frais engagés : <i>6.07.00</i> Dhs |

Cadre réservé au Médecin

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cachet du médecin : | <i>Dr. BELGHMI Rachid</i> <i>Médecin Général</i> | | |
| Date de consultation : | <i>02.01.2023</i> | Nom et prénom du malade : | <i>charl. Ben fakir</i> |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | <i>sans fe</i> | | |
| Affection longue durée ou chronique : | <input type="checkbox"/> ALD | <input type="checkbox"/> 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 : *02/01/2023*

Le : *02/01/2023*

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DÉBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| D | H |
|----------------------|----------------------|
| 25533412 00000000 | 21433552 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 25533411 | 11433553 |

The diagram illustrates the structure of the $H_2B_2D_2H$ molecule, which forms a closed ring. The molecule consists of two BH_3 units and two DH_2 units. The top part of the ring contains two H atoms, one above and one below the ring plane. The bottom part contains two D atoms, also one above and one below. The left and right sides of the ring contain two B atoms each, with three H atoms attached to each B atom. The entire structure is shown in a perspective view, highlighting its three-dimensional nature and the arrangement of its atoms.

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Réputation garantit le respect
de l'exécution et de la sécurité personnelle.

Docteur Rachid BELGHMI
Spécialiste en Médecine du Sport
Médecine Générale

الدكتور رشيد بلغمي
تخصص في الطب الرياضي
طب العام

وصفة طبية ORDONNANCE

le 02/01/2023

ORDONNANCE

132,00

34607000
-TEL:03223311
-FAX:100-81533311
CHINNA
CHINNA
CHINNA

80,00 ♂ ♂ x 2 ♂

(2) Liverpool 3000

(3) $(50,10 + 131,170)$ J
Nasoune sur la rivière
63,202 PMV natu

④ Before non si
ACP le sein

رقم 29 - سباتة - الدار البيضاء الهاتف: 06 63 30 09 58 - زنة 4 مجلدات

PHARMACIE DOUNIA
MENEHBI NOUFISSA
JAMILA 5 RUE 14 BIS F 108 BIS CASA
PAT:37417869 - TEL:03 23 01 11 41
ICE : 001534667000034

①

LOT: KI 060
PER: 04-23
PPV: 132DH00

②

LOT: 350
PER: NOV 2024
PPV: 80 DH 00

③

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation
Flacon de 120 doses
P.P.V: 131,70 DH
Distribué par MSD Maroc

④

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation na
Flacon de 40 doses
P.P.V: 50,10 DH
Distribué par MSD Maroc

63,20