

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Maladie

Déntaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2083 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Bettouli Fatiha

158694

Date de naissance :

1964

Adresse :

même adresse

Tél. : 0674034338

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 3 / 4 / 2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie :

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 : Deronia

Le : 03/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : IRCT

## 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
3.04.2023	18		Gratuit	 Centre d'Heimdall Spécialiste en Médecine Générale 86, Lotissement Gsm 05 32 68 51 - Fax : 05 32 53 40 43 INPE : 060061-93

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMAGIE EL OUNIS 244 lotissement el wafa El wafa	24-2-23	PHARMACIE EL OUNIS 244 lotissement el wafa El wafa

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

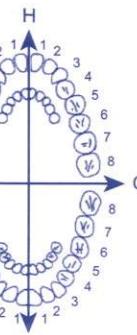
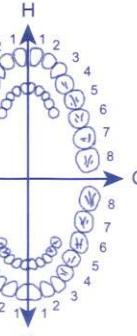
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{r}  \begin{array}{r} 25533412 \end{array} \quad \begin{array}{r} 21433552 \end{array} \\  \begin{array}{r} 00000000 \end{array} \quad \begin{array}{r} 00000000 \end{array} \\  \hline  \begin{array}{r} 00000000 \end{array} \quad \begin{array}{r} 00000000 \end{array} \\  \begin{array}{r} 35533411 \end{array} \quad \begin{array}{r} 11433553 \end{array}  \end{array}  $			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

# مركز أمراض الكلى و تصفية الدم لأولاد حريز

CENTRE DE NEPHROLOGIE HEMODIALYSE OULED HRIZ

Dr. Amal AYAD  
Spécialiste en Néphrologie  
Hémodialyse



الدكتورة أمال عياد  
اختصاصية في أمراض الكلى  
و تصفية الدم

Berrechid Le : 03/04/2023

Bettoui FAITHA

82,50

PHARMACIE EL OUMOUMA

244 lotissement el wafaa

Fix : 0522 32 53 20 54

1) Imexil 20g (x1)

154,10

2) Nolip 30g (x1)

5,00

3) Aeripel

100,70

4) Tanbocal 5g (x1)

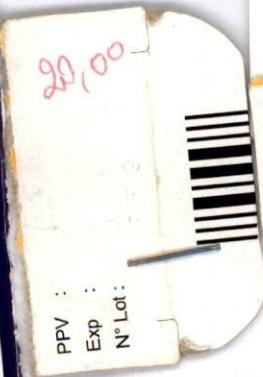
20,00

5) Sibrom 4g (x1)

PHARMACIE EL OUMOUMA  
Lotissement Ouled Hriz N° 851 Berrechid /  
244 lotissement el wafaa  
Tél : 05 22 32 68 51 - Fax : 05 22 53 40 43 - E-mail : amalayad@hotmail.fr

جزءة أولاد حريز، رقم 85 - برشيد /  
Centre d'Hémodialyse  
Spécialiste en Néphrologie Hémodialyse  
Tél: 0522 32 68 51 - Fax : 05 22 53 40 43  
INPE : 060061743  
GSM : 0522 32 68 51  
Centre d'Hémodialyse  
Spécialiste en Néphrologie Hémodialyse  
Tél: 0522 32 68 51 - Fax : 05 22 53 40 43

تجزئة أولاد حريز، رقم 85 - برشيد /  
Tél : 05 22 32 68 51 - Fax : 05 22 53 40 43 - E-mail : amalayad@hotmail.fr



LOT: 22053 PER: 04/2027  
PPV: 100,70 DH

AMM N° 348 DMAD