

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

- Reclamation : 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.

M22- 0009290

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1178 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAERINDI Mchameal.

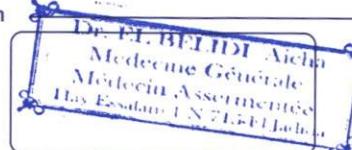
Date de naissance : 01-08-1948

Adresse : EL SADDIDA 159697

Tél. 06611163932 Total des frais engagés : 655,40 + 102 = Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27.04.2023

Nom et prénom du malade : RATOUN ESSEDY A. Age : 1965

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Floraison rhumatisante

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 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 : EL SADDIDA Le : 27/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Capot et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/07/2023	C		100.000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/4/23	655,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

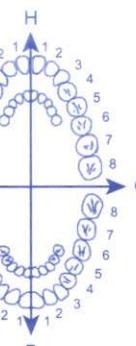
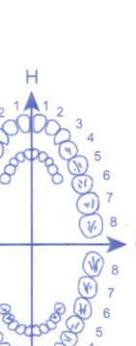
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoriaires
		A M	P C	I M	I V	

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												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td><td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td><td style="text-align: center;">35533411</td><td></td></tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		Coefficient des travaux
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. AICHA BELIDI

Médecine Générale

D.U gynécologue obstétrique médicale
Infertilité du couple – Colposcopie
Faculté de médecine Mohammed V
Rabat-Souissi

الدكتورة عائشة الباعيدى

الطب العام

دبلوم جامعي في طب النساء والعلوم
عند المرأة والرجل، الفحص بالمجهر
كلية الطب جامعة محمد الخامس
بالرباط السويسى



El Jadida : 27/2/2023 الجديدة في :

RAMOUN ESSEDIYA

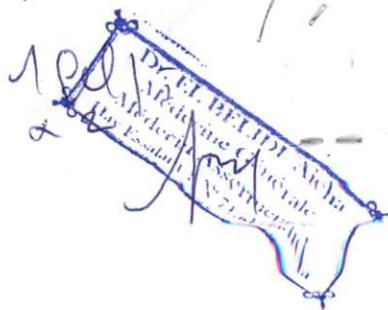
24,40 x 3

1) Levotriptan 75,00 mg 15 /
~ Extramaf. 49,60 mg 15 /
3) D-mé. forte 102,60 mg 15 /

4) Ains. 5 mg 15 /
22,50 x 2 280,00 mg x 3 /
5) Sifex 60,00 mg x 3 /

6) Biotina /

655,40



المحمول : 06 12 02 04 76

حي السلام 1، عمارة 715 الطابق الأول - الجديدة .

Hay Essalam 1, Bât 715 N° 1- 1^{er} étage - El Jadida

GSM : 06 12 02 04 76



Date de fabrication :
A consommer de
préférence avant fin :
N° de lot :
PPC = 95,00 DHS

10/2021
10/2024
0921065

PPV: 49,60 DH
LOT: 22C01
EXP: 03/2025

LOT: 099
PER: MAR 2024
PPV: 102 DH 60

27,50
27,50

LOT: 22010A
EXP: 01/2024
PPV: 280.00DH
Fabric
belli