

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.

M22- 0052374

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 652

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KAMLI Mohamed

160966

Date de naissance :

Adresse : N° 168 Rue Nasr n° 2 cité Hamraoui Blida

MAROC

Tél. 0523 29 12 11 Total des frais engagés : 300 + 157 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Ghazali

Date de consultation : 22/05/2023

Nom et prénom du malade : BACHIRAH NAHLA Age : 20

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection digestive

Affection longue durée ou chronique : ALD 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 : Casablanca

Le : 17/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : Kuf



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
22/03/23	CS	800	DA	Dr. GHIZALI Poubilla Hépatico-Cœstéradiologue Boussifimme 23, 29 2064 AV. Hassan II, 11ème étage Tél. 0523 29 38 57

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie CHIFAE Dr KHALED Awatef Hay Lalla Meryam II, Blok B, N°135 INPE : 0620 19179 0523 29 38 57	22/03/23	157,00 DH

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

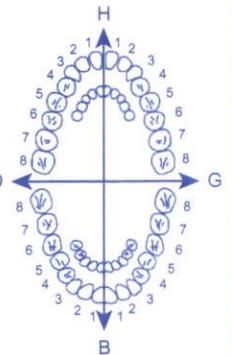
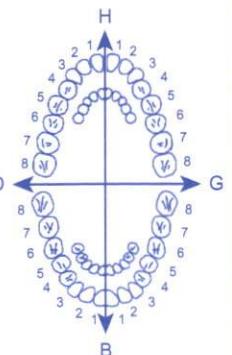
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000	G	MONTANTS DES SOINS
D	00000000	21433552 00000000	B	DATE DU DEVIS
	35533411	11433553		DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Ex médecin interne Ibn Sina Rabat
- Endoscopie digestive diagnostique et Interventionnelle (fibroscopie digestive haute.coloscopie)
- Échographie



الدكتورة بشرى غزالى

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد

- طبيبة مقيمة سابقاً بمستشفى ابن سينا الرباط
- أخصائية أمراض الجهاز الهضمي و الكبد و الشرج والمخرج والبواسر
- الفحص بالصدى الصوتي و المنظار الداخلي

Ordonnance Bouchra Maliks

Benslimane, le

22/08/23

1) Libfat +	40,00	PPV: 40DH00 PER: 12/25 LOT: L4236
2) Cotipred 20 mg	69,00	CHIFAE Water D. KHALIL Lalla Mounia INPE: 0623 2039 N°: 135
3) Biuvonic cp	30,00	LOT 211486 EXP 04/2024 PPV 30.00DH
4) Kcalost 30	18,00	PPV 180DH 00 PER 12/25 LOT S1
5) Doliprane vit C = 10g de la boîte		Signature Dr. Bouchra GHAZALI can 11/2028 T=157,00DH

زاوية شارع الحس الثاني و زنقة الرابيدة، الطابق الأول - ابن سليمان
05 23 29 20 84