

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2243 Société : R.A.M.
 Actif Pensionné(e) Autre : NAOCHIT Abdernabmane
 Nom & Prénom : NAOCHIT Abdernabmane
 Date de naissance : 27-02-1957
 Adresse : Rue 2 N° 4 Hay EL Houda
2000 ECHABAB BERRECHID
 Tél. : 06 61528854 Total des frais engagés : 997,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/05/2023

Nom et prénom du malade : QIAZHASSASSE Azi ZA Age : 70

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : RTA

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 02 JUIN 2023

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 02 JUIN 2023

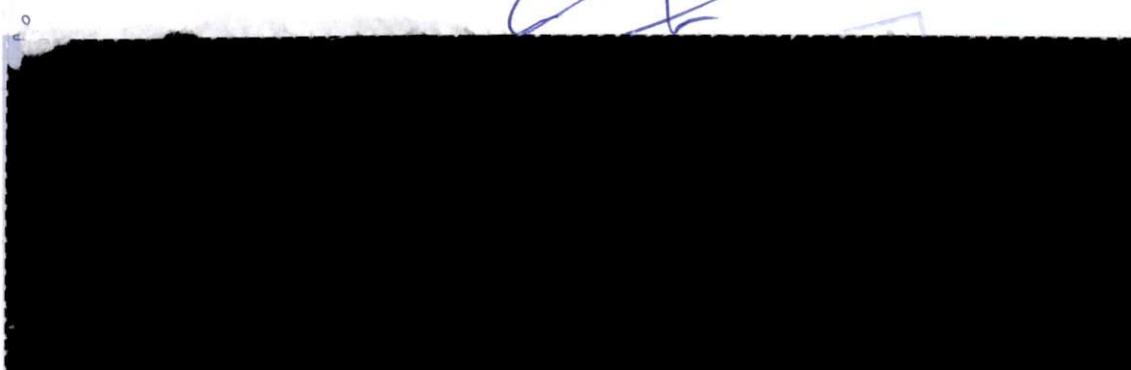
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Berrechid

Le : 01/06/2023

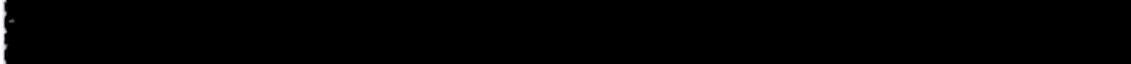
Signature de l'adhérent(e) : JK



Déclaration de Maladie

M22- 0045932

163405



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
20/05/03	CS, ECA		100.52.00.01	Dr. KH Cardiologue Cabinet 1001 11 Bd Haussmann 75008 Paris Tél: 06 42 32 83 03 / 05 22 32 83 33

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



154,10

anca
magne
rdeaux II

154,10

25

Mme OIAKHSSASSE Aziza

REGIME PAUVRE EN SEL

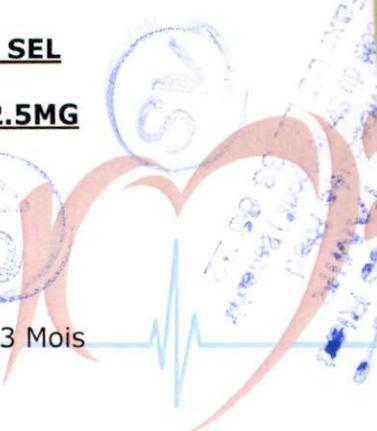
VALPHI PLUS 80/12.5MG

1 Cp/J matin à jeun

NOLIP 10MG

1Cp/J le soir

Traitements pendant : 3 Mois



Dr. KHADRE MOHAMED FOJAD
Cardiologue Interventionnel
CARDIOLOGUE
11 Bd Med V 1000 Berrechid
Tél: 05 22 32 83 33 / 05 22 32 83 33

مسجد الرياض
Pharmacie Mosquée Riad
Dr. Siham TAMIR
N° 1-2 Mosquée Riad
Riad (Ancien du Stade Sportif) Berrechid
Tél/Fax: 05 22 33 83 22