

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03075 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL RIBHATI Mohamed

Date de naissance :

01/07/1951

Adresse :

53 Rue Letitia N° 15 VAI Frejri
CASABLANCA

Tél. :

0661 42 96 34 Total des frais engagés : 300 + 368,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15/09/2023

Nom et prénom du malade :

EL RIBHATI Mohamed, Age: 72 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

claudication - confluent

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 :

Le : 15/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

EL RIBHATI Mohamed



8

9

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
15/5/2023	CS		300,00	<i>Document de paiement</i>
16/5/2023	Controle		Gratuit	
21/5/2023	Controle		Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE LA CITE</i>	16/05/2023	368,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img				

Docteur Samar FERHI

Spécialiste des maladies du Coeur et des Vaisseaux



الدكتورة سمر فرحي

Ancien interne du CHU Ibn Sina de Rabat
Diplômée de l'Université de Médecine de Rabat
Diplôme d'échocardiographie Doppler
de l'Université de Bordeaux

طيبة داخلية سابقا
بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا بالرباط
خريجة كلية الطب بالرباط والفحص بالصدري
بوردو

الدار البيضاء، في 16 mai 2023
Casablanca, le.....

Mr. EL RHARFI Mohamed

20.90 x 4
VIT D BON 200 000 UI

A circular blue logo with the letters 'S.V.' in white.

1 ampoule /2 semaines puis 1 amp/mois 3 mois
95.00 x 3
EXTRAMAG

1 prise matinale par jour, pendant 3 Mois

368,60

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR

6 11800 11272228
PPV: 20,90 DH
PPV: 20,90 DH
PPV: 20,90 DH
PPV: 20,90 DH
Fabrication :
08/2022
08/2022
02202149
02202149
0,00 DHS
0,00 DHS
0,00 DHS
0,00 DHS
UCC21

شارع ابراهيم الروданى اتجاه طريق الجديدة، زنقة أكسياس - إقامة الوفاق - الطابق الاول، الشقة رقم 18 - المعاريف - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 99 19 18 - المستعجلات: 06 61 21 48 96 - البريد الإلكتروني: drferhisamar@gmail.com
264, Bd. Brahim Roudani vers route d'El Jadida, rue des Acacias (en face de kitea) - Résidence El Wifak - 1^{er} Etage, Appt. n°18 - Maarif - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 99 19 18 - Urgences: 0661 21 48 96 - E-mail: drferhisamargmail.com