

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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- 0042994

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6798

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENDRI HAMID

165860

Date de naissance : 28.12.1961

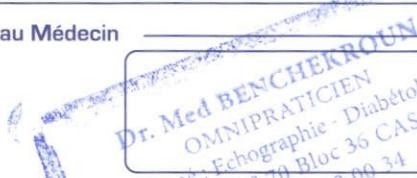
Adresse : H2batuelle

Tél. : 06.62.01.48.11

Total des frais engagés : 902,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : El Hachim ESSAADI Age : 53 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : BERRECHID

Le : 15/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : J. Hachim

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Code du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
003714-0319 AL SELLERIE	05/06/23	752,90

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.

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			
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		Coefficient des travaux
				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. M

REUMADEP® Capsules

Contenu 16,35 g

LOT:

PER:

PPC: 137.00 DH

V013

01/2025

REUMADEP® Capsules

Contenu 16,35 g

LOT:

PER:

PPC: 137.00 DH

V013

01/2025

LOT:

PER:

PPC: 137.00 DH

V013

01/2025

Contenu 16,35 g

LOT:

PER:

PPC: 137.00 DH

(S. V) de Montpellier

Membre de la société francophone
de Diabétologie S.F.D

Diplôme Universitaire
de diététique Médicale et Nutrition

Électrocardiogramme

Casablanca, le : 05 Juin 2023 الدارالبيضاء، في :

Mme Essaadia ELHOUCINI

137,00 x 4
-Reumadep gelules n 4 :

2 boîtes : 1.....0.....1 gelule
puis

3 et 4ème boite : 1 gelule / j

54,60 x 21
-Mefsal 7,5 mg

81,40 -Omiz 20 mg

14,30 Skindione

1 cp le soir 1 mois

1 gelule le matin 4 semaines

Dr. Med BENCHEKOUN
OMNIPRACTICL'EL
Diplômé : Echographie - Diabétologie
Bd Nil N° 70 Bloc 36 CASA
Tél : 05 22 38 00 34

بلوك 36، رقم 70 شارع النيل سيدى عثمان - الدارالبيضاء - الهاتف : 05 22 38 00 34 :
Bloc 36, N°70 Boulevard du Nil, Sidi Othmane - Casablanca - Tél.: 05 22 38 00 34
E-mail : benchekroun-mohamed@hotmail.com