

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

MUPRAS
RECEPTION

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5104**

Société : **R.A.M**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Rashid Hamoudi**

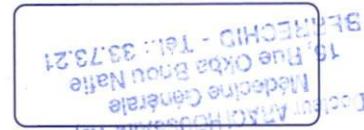
Date de naissance : **1954**

Adresse : **55 Abdellkarim Kattabi Benrechid**

Tél. : **0654587603** Total des frais engagés : **525,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **19 JUIN 2023**

Nom et prénom du malade : **RADI Mokhtar** Age : **69**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **ITP + Syndrome de Raynaud**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **maladie de Raynaud**

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 : **DÉPOUT**

Le : **26.10.12.23**

Signature de l'adhérent(e) : **af**

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
19 JUIN 2023	C	1	200	200
				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19 06 2023	325,00
		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

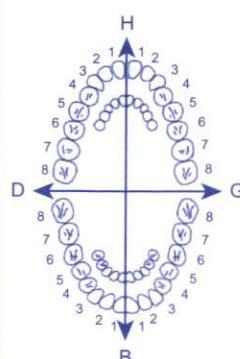
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

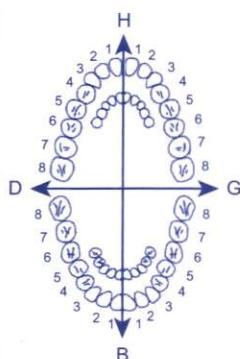
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



1 ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Araqi Houssaini Najib

الدكتور عراقي حسيني نجيب

MEDECINE GENERALE

Echographie Générale

Ex. Médecin Chef des Forces

Royales Airs de Casablanca

Expert assermenté auprès des Tribunaux

Spécialiste en médecine de travail

الطب العام

الفحص بالصدى

طبيب رئيسي سابق بالقوات

الجوية الملكية بالدار البيضاء

خبير محلل لدى المحاكم

19 JUIN 2023

63,30 x 2 Radi Mohammed,

Ø Trigonde 10/25 (25)

47,90 1c MW

Ø Auto frene 2 very NC W

23,10 1c MW the mol

Ø urbain 1c MW the mol

99,19 1c MW the mol

Ø Moustache ✓

27,15 1c MW the mol

Ø Système. ✓

BRASSICA - SEM 33,7821
16. BULLETS BULLETS BULLETS
13. BULLETS BULLETS BULLETS
12. BULLETS BULLETS BULLETS
11. BULLETS BULLETS BULLETS
10. BULLETS BULLETS BULLETS
9. BULLETS BULLETS BULLETS
8. BULLETS BULLETS BULLETS
7. BULLETS BULLETS BULLETS
6. BULLETS BULLETS BULLETS
5. BULLETS BULLETS BULLETS
4. BULLETS BULLETS BULLETS
3. BULLETS BULLETS BULLETS
2. BULLETS BULLETS BULLETS
1. BULLETS BULLETS BULLETS

Tg 32 5/05

06 62 07 65 56 - المحمول : 05 22 33 73 21 - الهاتف : زنقة عقبة بن نافع - برشيد

16, Rue Okba Bnou Nafie - Berrechid - Tél. : 05 22 33 73 21 - GSM : 06 62 07 65 56

URBANYL 10MG
CP SEC B30
PER.09 2025
LOT.220606V



6 118000 061748

