

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.



Déclaration de Maladie

M23-U021588

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	3087	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	172508
Nom & Prénom :		NACHT Abdellah	
Date de naissance :		01-01-1950	
Adresse :		Résidence El Wahda B1 m ^h Tanger	
Tél. :		06 98 98 77 Total des frais engagés : 1063 / ant Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	Dr. Omar BENREDOUANE Hépato - Gastro - Endocrinologue Proctologue Médical et Chirurgicale Lot Beraka GH 67/75 Appt 6 RDC Hay Hassani, Casablanca 05 22 90 95 95
Date de consultation :	15/08/2023
Nom et prénom du malade :	Fakhryany Malika Age: 56 ans
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affect Digestive
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 :	23 AOUT 2023
Signature de l'adhérent(e) :	R ACCUEIL 1/08/2023

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

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
15/08/2023	# Contrôle #			<i>[Handwritten signature over a grid with numbers 1-9 and letters A-Z]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie A Bd Med V. Chaudronnage Locaux N°4 et 5. BORDEAUX Tél : 05 22 32 40 30	15/08/2023	1067,20

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
		AM	PC	IM	IV	

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Omar BENREDOUANE

الدكتور عمر بن رضوان

Spécialiste Des Maladies de l'Appareil Digestif
(Estomac - Foie - Intestins - Hémorroïdes)

Proctologie Médicale et Chirurgicale

Echographie

Endoscopie digestive



اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
(المعدة، الكبد، الأمعاء و البواسير)

أمراض و جراحة المخرج

الفحص بالصدى

التشخيص بالمنظار الداخلي

Casablanca le, 15/08/2023.

Nom : FAKHRANY MALIKA

144,50
LOT 221632
EXP 08/2024
PPV 144.50DH

EZOR 20 mg
cp *1/j demi heure avant petit dej
pdt 4 sem.

119,50
LOT 221636450
EXP 09/2024
PPV 119,50DH

DAFLAN 1000 mg
cp *2/j apres repas
pdt 1 sem.

Puis

500 mg
apres repas
pdt 2 sem.

73,60

- CENTELYS creme cicatrisante
1 app *2/j
pdt 3 sem.

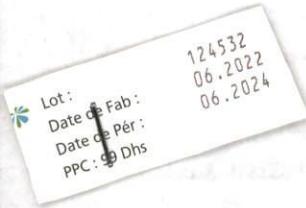
69,50
LOT:4376
EXP:N/26
PPC:69,50DH

Apres 30 min

- CIRCULEX creme
1 app *2/j apres repas
pdt 2 sem.

Pharmacie Alia
Ad Med V. Ché N.Wahda 1mm.
Locaux N°4 et 5 Bâtiment
Tél : 05 22 32 48 38

Dr. Omar BENREDOUANE
Proctologie - Gastro - Endocrinologie
Lot Baraka GH 6 A 75 RDC Appt 6 Hay Hassani
جذرة البركة 6 عمارة 75 الطبق السفلي ش 6 الحسيني
Tél : 05 22 90 93 93 Urgences: 06 63 61 37 41 مستعجلات:



CIFEN sachet
/j avant repas
pdt 10 jours



274,00 - I.B.S gel
1 gel /j avant dej
pdt 1 mois



75,00 CYMAG sommeil
/j le soir
pdt 1 mois



- D 3 NORM 200000 goutte
15 goutte /j apres repas
pdt 1 mois



09,50

Lot:
A consommer
avant le:
PPC : 89,50 DH

220644

09/2025

Alia
Wahda - m.m.
Bertechid
32 48 3d



=1067,20