

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

182962

■ Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 21741 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAFID Ahmed

Date de naissance : 01-01-1954

Adresse : Rue 1 villa 43 EL houcine Ben Abdellah

Tél. : 0668640833 Total des frais engagés : 1674,60 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



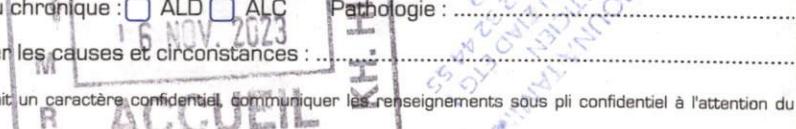
Date de consultation : 03/10/2023

Nom et prénom du malade : Hafid Ahmed Age : 69

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 

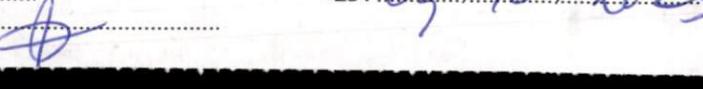
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Pathologie

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 : Ben Abdellah Le : 09/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

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
03/10/23	CA	1	150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ASMOOUN</i> Docteur en Pharmacie <i>ASSALAM AY AL HOMA</i> <i>BERRECHID</i> <i>05 22 32 84 54</i>	03/10/23	464,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

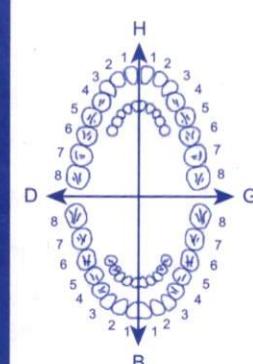
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000



(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mouna TAMIM

Omnipraticienne
Echographie
Médecine du Travail
Diplômée de l'Université
ennes en France
02027784000027

الدكتورة منى تميم

الطب العام

الشخص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE : 061173340

BATCH NUMBER
EXP / PER
03-2028
PPV: 92,40 DH

ASMOUM Santir
Docteur en Pharmacie
RUE ASSALAM - RAY AL HOSN
BERRACHID
05 22 32 84

Berrachid, le 03-10-2023

92,40 Hafid Amina

1) Défax 30mg

1 x 88

1 x 65
au mille
du 14/10/2023

puis 1 x 88 (01/11/2023)

2) Hydrofle

1 x 88

1 x 88

15,00

3) Panalog

1 x 88

1 x 88

2 x 82,10
(x 24)

4) Esa C 200

1 x 88

LOT 230813
EXP 02/2025
PPV 15,00

82,10
PPV 82DH10

82,10
PER 12/24
PPV 82DH10

4, زنة طرق ابن زيد الطابق الأول برشيد - الهاتف
Tel : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49

99,09

X1028 1226

PER

Palau

Prix 99.00

99.00

T: 464, 60

ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
Rue AS SALAH HAB AL HAMMAD
BERRECHEB
74 05 22 32 84 04