

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.

189944

M22- 0027931

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6807 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AYOUCH ABDELAZIZ

Date de naissance : 25 04 1963

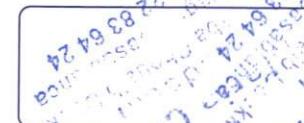
Adresse : RUE 282 N° 20 HAY Aliy ABDELAZIZ

HIN CHOCK 0481

Tél. : 06 20 75 06 92 Total des frais engagés : 1106,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/01/2024

Nom et prénom du malade : AYOUCH ABDELAZIZ Age : 61

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HIA + Diabète + Lombalgie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Chute

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 : CRASAR LAN 04 Le : 04/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : AYOUC

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
04/01/2024	G 1		1106,20	<i>DR</i> Dr. GUY LAROCHE DENTISTE PARIS

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DR</i> Dr. GUY LAROCHE DENTISTE PARIS	04/01/2024	1106,20

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		MONTANTS DES SOINS
	D 00000000			DATE DU DEVIS
	35533411	11433553		DATE DE L'EXECUTION
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Maria CHRAIBI

- Médecine générale
- Echographie



الدكتورة اشدادي مارية

- طب العام
- رجال، نساء، أطفال
- الفحص بالصدى
- طب النساء
- تتبع الحمل

ORDONNANCE

Casablanca, le

04/01/24

الدار البيضاء

$$6 \times 49,40 = 296,40$$

$$1) Amex 25,60 \times 1 = 25,60$$

SV

$$7 \times 72 = 504$$

SV

(n=5)(n=5)

$$45,20 \times 3 = 135,60$$

$$23,90 \times 4 = 95,60$$

3) glu 238

SV

(miss)

4900

SV

gel m = 55 - 86

flexane

= Total 11061,20

Email : sales@nourelhealth.com
N° E : 181202021161-2022-DS/
N° de lot : F20
Date de Fab : 08/23
Date d'Exp : 04/26
PPC : 48,00 MAD

25,40

X3
ced ↗

49,40

X3
ced ↗

LOT 230424
EXP 03/2026
PPV 49.40 DH

X4
ced ↗

DÉTENSIEL® 10 mg.
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

X4
ced ↗

LOT 221961
EXP 03/2028
PPV 23.90 DH

X3
ced ↗

45,20

X3
ced ↗

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV : 74,00 DH
Distribué par Cooper Pharma