

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

- 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.

M22- 006273

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10524 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Khouloud Abdel fattah

Date de naissance : 16-10-1965

Adresse : Berrechid

Tél. : 0661960190 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Docteur HARRIZI Abdellah
Médecine Générale
Rue Ibn Khaldoun N° 121 1er Etage - Berrechid*

Date de consultation : 12/02/2024

Nom et prénom du malade : Khouloud Nouamane Age: Enfant

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Berni

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Enfant

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

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 : Le : / /

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
17/02/2024	C	02	15000	<i>DOCTEUR HABIBA AZZOUI Médical Généraliste Rue Ibn Khaldoun N°121 1er Etage, Berrechid</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie MARTHA Dr. Amin AMIRI 6, Bd. Ibn Khaldoun Wafiq Berrechid</i>	12/02/2024	784,00 D.M

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

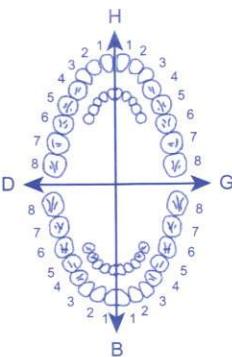
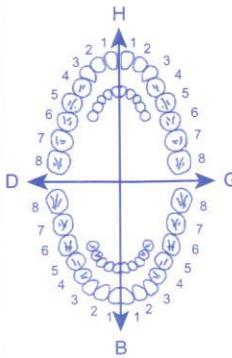
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX																	
																					
ODF PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>G</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>B</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	G	21433552	D	00000000	B	00000000		00000000		00000000		35533411		11433553
H	25533412	G	21433552																		
D	00000000	B	00000000																		
	00000000		00000000																		
	35533411		11433553																		
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>G</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>B</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	G	21433552	D	00000000	B	00000000		00000000		00000000		35533411		11433553
H	25533412	G	21433552																		
D	00000000	B	00000000																		
	00000000		00000000																		
	35533411		11433553																		
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

Docteur HARRIZI Azeddine

Médecine Générale
Diplômé en échographie

الدكتور حريزي عزالدين

الطب العام
حاصل على شهادة الشخص بالصدى

Berrechid le : 18/09/2024 برشيد في

Nom : KHOULD

Prenom : Nouamane

ORDONNANCE

21,00

2 y EFFIPRED 50 ml
03 g/100 ml AP

PPV 21DH60 EXP 04/2025
LOT 33053 1

63,00

2 y EGALAN 500 mg
18,00 (16 kg)

6 118000 242413

84,00

Pharmacie MAMOURA
Dr. Amina LARBI
26, Bd. Brahim Roudani
Wafiq - Berrechid

Pharmacie MAMOURA
Dr. Amina LARBI
26, Bd. Brahim Roudani
Wafiq - Berrechid

63,00

Docteur HARRIZI Azeddine
Médecine Générale
Rue Ibn Khaldoun N° 121 1er Etage - Berrechid

زنقة ابن خلدون رقم 121 برشيد -
الهاتف : 06 61 66 73 09 / 05 22 53 43 43