

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Déclaration de Maladie

W21-841467

204129

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]
Matricule : A2610

Société :



Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENHADJA Samy Amine

Date de naissance :

26.03.86

Adresse :

Marhava

Tél. : 0661750076

Total des frais engagés : 769,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Sidi El Fakir Hay Chérif
Médecin Généraliste
N° 28, 1er étage, Av. Abd Zarkouni
Hay Nahda - Témara
Tel: 0537 80 79 64 - SM: 0668 43 38 21

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15.02.2024

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Allergie

Age:

Affection longue durée ou chronique :

ALD

ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

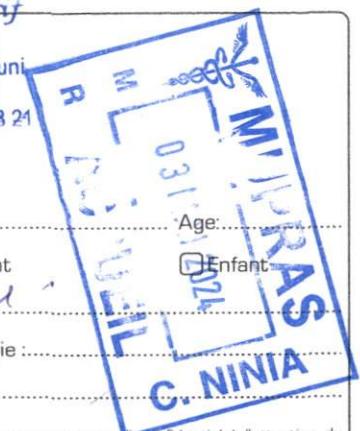
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.

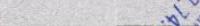
Fait à : 0537 80 79 64

Le : 18/03/2024

Signature de l'adhérent :



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
10 02 / 2024		03	150 P.M.	Dr. Sidki Kheir, Médecin Généraliste, N° 28, 1er étage, Av. Med Zekra, Hay Nabout - Témara, 0637 80 79 84, M: 0668 43 38 21

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/29/24	619,-

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.						
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					•	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	
	ODF PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
			H	25533412 21433552 00000000 00000000		
			D	00000000 00000000	G	
				35533411 11433553	I	
				B		
			[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
						•
					MONTANTS DES SOINS	
					DATE DU DEVIS	
					DATE DE L'EXECUTION	

Dr. Sidelkheir Mly Cherif

Médecine Générale

Lauréat de la Faculté
de Médecine & de Pharmacie de Rabat

Diplôme Universitaire

- D'Echographie Générale
- De diététique Médical (Obesité)
- De diabétologie
- Université de Montpellier (France)

الدكتور سيد الخير مولاي الشريف

الطب العام

خريج كلية الطب و الصيدلة الرباط

الفحص بالصدى

الحمية الطبية (السمنة)

داء السكري

من جامعة مونبولي (فرنسا)

Témara le 10/11/2024 تمارا في 10/11/2024

Nom: Ruthmat ...

Age: Ans

Prénom:

T[°]: C°

Poids: 50 kg ...

TA:

149

Brunette

190

Blonde

70x4 = 280

1 m

0 m

619



رقم 28 الطابق الأول شارع محمد الزرقطوني حي النهضة - تمارا - الهاتف : 05 37 60 79 64
 N°28 1^{er} étage Av.Med Zarkouni Hay Nahda - Témara - Tél : 05 37 60 79 64
 GSM : 06 68 43 38 21 / 06 61 16 17 69 ICE : 001613243000095

Lot No: 066T046A
FAB: 10/2023
EXP: 10/2025
PPV: 149DH00

Aeromax®
Budésonide

LOT: 066T041A
PER: 09/2025
PPV: 190.00 DH

501038B

70,50

Lot n° :

EXP :

PPV :

x 3 Ged