

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

54946

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023687

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1707 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GOUAÏR Abdellah Date de naissance : 3-11-56

Adresse : Rue 6 N° 2 coop chabab Hay El Hadj Ben reguid

Tél. : 0661045704 Total des frais engagés : 425,89 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR BEKKAI Laïla

134 Bd El Fida Hay Yasmina

BP 1000

0524 26 53 14

Date de consultation : 31/12/2020

Nom et prénom du malade : Gouair Abdellah Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

lombosciatalgie / tronc allongé

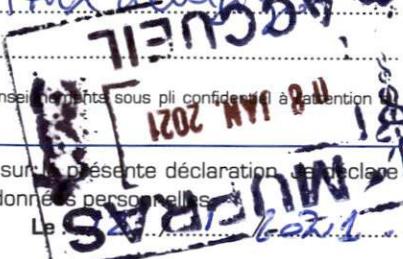
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 et j'atteste avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) : JAF



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
30/11/2020	C	A	15000	DR. Bekkali Nasima do El Fida Hospital 13/12/2020

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/12/20	275,80
Réf (A coté de l'écriture) : Tél (Fax) 05 22 33 00 22		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

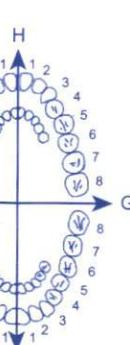
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'implant.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BEKKAI Laila
Médecine Générale
Diplômée de l'Université de DAKAR

الدكتورة بекاي لaila
Pharmacie Mo...
Dr. Siham TAHMID
N°: 1-2 Maroc
Hay Riad / Acoté d...
Tél/Fax: 05 24 33 08 22
الطب العام
خريجة كلية الطب بـ Dakar
برشيد 22

Dr. BEKKAI Laila
134, Bd El Fida, Hay Yasmina
Berrechid, le 14
GSM: 061.56.93.

ORDONNANCE

M^r Gonair Abdallah

45,80 ① - CELESTENE 4mg x 10
27,00 x 2 1 IML/j x 06 jours

② - TRAMAL suppo

7,00 1 - 0 - 1

③ - STREAM gel

63,20 1 - 1 - 1

④ - ZYRTEC 10mg 63,20
38,80

⑤ - MUXOL 0 - 1

1 - 1 -

T: 275,80

611 800115 008 3
CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp.In
P.P.V.: 45,80 DH
Distribué par MSD Maroc
B.P. 138 Bouskoura

PPV: 27DH00
PER: 12-24
LOT: 12795

PPV: 27DH00
PER: 12-24
LOT: 12795

BIOCODEX
MAROC
P.P.V.: 74,00 DH

38,80

PPV (DH):

LOT N°:

UT. AV.:

06 61 56 93 14 - بـ رشيد الهاتف : 134 شارع العداء، سـيـ 1ـ باق الأول
134, Bd El Fida, Hay Yasmina, 1^{er} Etage - Tél : 06 61 56 93 14