

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.

Biologie 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



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 : GOUAIR Abdellah Date de naissance : 3-12-56
Adresse : Rue 6 N°2 coop. chabab, Hay El Hadid, Berregins
Tél. : 0661045704 Total des frais engagés : 425,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BEKKAI Laila
134 Bd El Fida Hay Yasmine
Cachet du médecin :
Date de consultation : 31/12/2020
Nom et prénom du malade : GOUAIR Abdallah Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : lumbosciatalgie / toux chronique
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 m'engage à avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à : Le :
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVÉ 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
31/12/2020	C	1	1500H	DR. BEKKALAIN Bd El Fida Hay Masmina 134

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/12/20	275,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur BEKKAI Laila
Médecine Générale
Diplômée de l'Université de DAKAR

الدكتورة لبكي لينا
صيدلية
Pharmacie Mouassine
Dr. Siham Mouassine
N°: 1-2 Mouassine
Hay Riad (A côté de la gare)
Tél / Fax: 05 61 56 93 14
برشيد في 31/12/2020

Dr. BEKKAI Laila
134, Bd El Fida, Hay Yasmina
Berrechid, le 31/12/2020
Tél: 06 61 56 93 14

ORDONNANCE

M^r - GONAIR Abdallah

45,80

① - CELESTONE 4mg inj

2700 x 2 1 IM L / j x 06 jrs

② - TRAMAL suppo

7400 1 - 0 - 1

③ - STRECAM gel

63,20 1 - 1 - 1

④ - ZYRTEC 10mg

38,80 0 - 1 - 1

⑤ - MUXOL micro

1 - 1 - 1

T: 275,80

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

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

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

BIOCODEX
MAROC

P.P.V. : 74,00 DH

63,20

38,80

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

134, شارع الفداء، حي ياسمين - برشيد الأول - برشيد الهاتف : 06 61 56 93 14

134, Bd El Fida, Hay Yasmina, 1^{er} Etage - Berrechid - Tél : 06 61 56 93 14