

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

ctions 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.

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.

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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *10461*

Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *ASSEN HIENE ASCHI JAH*

Date de naissance : *14/10/1964*

Adresse : *28 Rue ALHAMRA Berreddid*

Tél. : *0662 77 91 45*

Total des frais engagés : *16 02,9* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *20 JAN 2021*

Nom et prénom du malade : *ASSEN HIENE ASCHI JAH* Age : *57*

Lien de parenté :

Lui-même

Centre d'Urologie

Professeur Saâd BENJELLOUN Conjoint

Professeur Saâd BENJELLOUN

Chirurgien Urologue

Ancien Chef du Service d'Urologie

59, Bd. Zerkoune, Résidence les Fleurs

59, Bd. Zerkoune, Résidence les Fleurs, tél. : 0522 88 01 12/13/14

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *maladie*
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 : *Alala City*

Le : *08/02/2021*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20.1.01/2021	1302,90

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre d'urologie

Pr. Saad Benjelloun

LOT: R-03-2
PER: 04-2023
PPV: 106,80DH

20. 1. 2021

LOT: R-03-2
PER: 04-2023
PPV: 106,80DH

m

ASSERITIVE ABDEJALIL

LOT: R-01-8
PER: 04-2023
PPV: 106,80DH

TRiATION

LOT: R-01-8
PER: 04-2023
PPV: 106,80DH

x8

106.80

(19)

AS

12m 1, + 8,1

PHARMACIE FATIMA
Dr ARRACHIDI Samira
Angle Rue Oiba, Brou Nafil
et Rue Medina - BERRECHID

149,50

PHARMACIE FATIMA
Dr ARRACHIDI Samira
Angle Rue Oiba, Brou Nafil
et Rue Medina - BERRECHID

1502,90

500g

AS

met

30,

Alur - mawfis

Centre d'Urologie
Professeur Saad BENJELLOUN
- Chirurgien Urologue -
Ancien Chef du Service d'Urologie
59, 80, Zerktouni, Résidence les Fleurs
Casablanca - Tel. : 022 88 01 12/13/14

LOT 200749
EXP 05/2023
PPV 149.50DH

LOT 200755
EXP 06/2023
PPV 149.50DH

LOT 200749
EXP 05/2023
PPV 149.50DH

AS

LOT: R-01-8
PER: 04-2023
PPV: 106,80DH

N°I.C.E :001638312000001