

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
 O Prise en charge : pec@mupras.com
 O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12272

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAADOUNE DOUNIJA

Date de naissance : 25/10/1984

Adresse : Rondelle L'Amour ; 21181 App 7

Mohammed

Tél. : 060833260

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/03/2021

Nom et prénom du malade : SAADOUNE DOUNIJA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

cystite nephrite

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/03/2021

Signature :

| 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 |
| 23/03 2021 | C | | 150 DH | INP : 0918410341  |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 23/03/21 | 206,60 |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|----------|----------|--|--|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|--|--|
| 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | O.D.F PROTHESSES DENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G | | |
| | | | | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CCEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Docteur MARIANA SIMION

GYNECOLOGIE MEDICALE

SUIDI DE GROSSESSE

MALADIES DES ENFANTS

ECHOGRAPHIE GÉNÉRALE ET OBSTÉTRICALE

STÉRILITÉ DE COUPLE

Diplômée de la Faculté de Médecine
(IASI) Roumanie

Mohammedia, le :

23/03/2021

الدكتورة سيميون ماريانة

طب النساء

تتبع الحمل

أمراض الأطفال

الكشف العام بالصدى والتوليد

عقم الزوجين

خريجة كلية الطب

(IASI) برومانيا



STARDOVNE

DOUVNE

54.10

1) Profenid 1f
2,50x6



tdl im

44.00 دينار

2) No spa forte
92.50 1 (X 3)



3) UbiProx 500
1 (X 2)



Lotissement Smikref N°20, Ben Yakhlef En Face Centre de Santé Louizia

إقامة سميكريف الرقم 20 -بني يخلف (اللوبيزية) المستوصف الصحي التوينية

الهاتف / الفاكس : 05.23.33.51.52

206,60