

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-623389

66603

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		RAM	
Matricule : <u>2479</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>ROCHDI M'HAMED</u>			
Date de naissance : <u>14-6-1987</u>			
Adresse : <u>Résidence Walili 2, rue de rive CASA 327, 50 Dhs</u>			
Tél. : <u>0621999896</u>		Total des frais engagés :	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Dr. Abdellaziz ELBOUQDAOUI Médecin Général Diplômé en Echographie 12 Qu. de l'Hôpital Lotis Omeira OUAZAN TÉL : 05 22 20 45 45 </div>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>03/09/2021</u>			
Nom et prénom du malade : <u>ROCHDI M'HAMED</u> Age: _____			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
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 : CASA

Le : 03/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Rochdi M'Hamed



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
03/04/21	12021	C	100,00	INP : 221109824 Dr. Abdellatif ELBOUQDAOUI Médecin Général de Famille en Echographie 12, Qu de l'Orangerie 06200 AIX EN PROVENCE Téléphone 04 37 60 72 26
03/04/21	12021	C	100,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. BOUQDAOUI	31/04/21	227,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

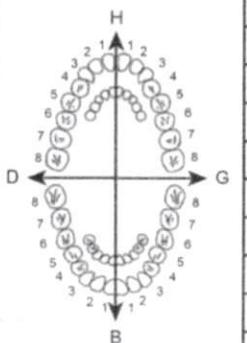
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

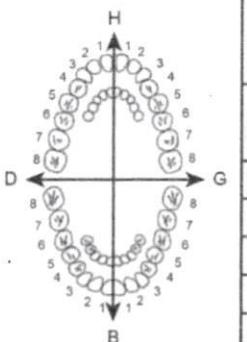
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement n'est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Abdelaziz ELBOUQDAOUI

Médecine générale Diplôme en Echographie

Expert assermenté près des tribunaux

22.Qu. de l'hôpital lotis. OMRANA

QUEZZANE



الدكتور عبد العزيز البوقداوي

الطب العام و الفحص بجهاز الايكوغرافية

خبرير محلف لدى المحاكم

22 هي المستشفى تجزئة عمرانة

وزان

Tel.Fax

05.37.90.72.26

هاتف فاكس

ORDONNANCE

Ouezzane le : 03/04/2021

Nom et Prénom : Rochdi M'HAYED

79,70

-- Ajout 500

S.V

PPV: 79DH70

PER: 11/23

LOT: J3282

70,60

2 -

17/11

Argemone

S.V

PPV: 70,60 DH

LOT: 644126

PER: 10/2021

15,30 x 2

15,30 x 2 3 -

1000

Andol

S.V

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 07/2023
LOT 06077 14

15,70

6 -

227,50



PPV(DH):

Lot N°:

Aut.av.:

16,00
227019

ts

Lot N°:

Aut.av.:

PPV(DH):

41,50

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 10/2023
LOT 00057 2

Dr. Abdelaziz ELBOUQDAOUI
Médecine en échographie
22 Ouezzane
05.37.90.72.26

22. هي المستشفى تجزئة عمرانة

TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML
P.P.V : 15DH70
LOT : 09/2022

6 118000 0608901