

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

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUFRAS 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.



bchahid6@yahoo.fr

Déclaration de Maladie

N° M21- 046425

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 31021 Société : RAM (817-9)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAHID BA SIDA

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : 216 lotissement Montawakil / Dar Bouazza Casablanca

Tél. : 0673551862 Total des frais engagés : 1185,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. Amal CHAHID

استشارة أسماء شاهد
186, Tarik Dar El Mekhzen Kasba Marrakech - Tél: 0524 37 85 28

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/08/2021

Nom et prénom du malade : RA - 551 WALEED Age : 76 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : I - respiratoire

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 : Casablanca

Le : 26/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 24/08/2021 | C | 1 | 100.90 | <i>Dr. Dr. Elmal Chahid T.S. Tarik Dr. Si Mekhzen Kasba Marrakech - Tel: 0524 37 88 28</i> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| <i>PHARMACIE D'OUARZAZATE DOUZIAINE VARITINI</i> | 24/08/2021 | 1081.90 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 | |
| | | | | | | |

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 de l'

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | <input type="text"/> |
| | | | | |

Docteur Amal CHAHID

OMNIPRATICIENNE

Diplômée de la Faculté de Médecine

et de Pharmacie de Casablanca

Echographie Générale (FMPM)

D.U. de Gynécologie Médicale

et Infertilité Bordeaux (France)

D.U. de Diabétologie et Nutrition

Bordeaux (France)

الدكتورة أمال شاهد

الطب العام

خ. ٢٤٦، ش. ١١١

UT.AV.

12 0 22

P.P.V.

P.P.V.

79 70

79 70

LOT N°:

129 020

79 70

79 70

شهادة حادث بحسب النساء

والعمق (جامعة بوردو فرنسا)

شهادة جامعية - أمراض السكري

(جامعة بوردو فرنسا)

Marrakech,

24/08/2021 مراكش، في

RA-6552 CHAHID

زهادا ٢

زهادا زهادا

PPV: 16,30 D
LOT: 20L15D
EXP: 12/2022

PPV: 14DH00
PER: 07/07
LOT: J33330

PPV: 14DH00
PER: 12/23
LOT: J33330

ZINASKIN®

PPV 40DH90

EXP 01/2024
LOT 00049 27

PHARMED
LOT : 5427
UT.AV: 12-22
PPV: 20DH00

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 01/2024
LOT 00051 10

خزن القصبة أمام صيدلية الخليل - مراكش - الهاتف : 05 24 37 85 28

186, Rue Dar El Makhzen Kasba Face Pharmacie Al Khalil - Marrakech - T

138,00 x 4 = 540,00

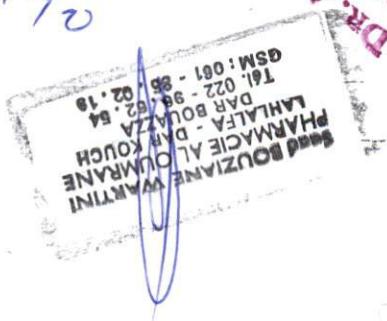
7 A um diek arre n° 4
Loseletter



ESAC 40

226 Dhs

MATRICECH - TEL: 0324 37 85 25
1986 TAHKUDAH (EI) MEDZEN KASBIS
DR. AMALI CHAMPI



226,90

