

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10344 Société : RNM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BouFAKRI Mohamed

Date de naissance :

1968

Adresse :

habituelle

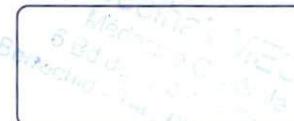
Tél. : 0668197659

Total des frais engagés : 1328,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Boukhari Fadila

Age :

Nom et prénom du malade :

Boukhari Fadila

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

me nu me longui

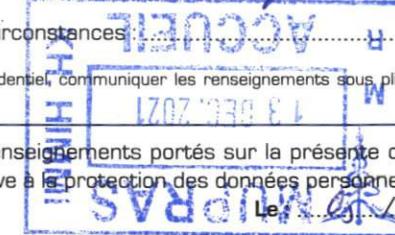
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Berchane

Signature de l'adhérent(e) :



Le 11/11/2021

Ram

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
5/11/21	C	1	15000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie ALAFAD 135 Rue Ibla Abou Madi BERRACHID - Tel: 0522 32 50 01	S. M. 21	278,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan d

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

D

00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. A vertical axis labeled 'H' at the top and 'D' at the bottom serves as a coordinate system, with horizontal lines extending from the center.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelhak MECHAL

MEDCINE GENERALE

6, Bd. De la Liberté – Tissir 1
Berrechid (Prés des Taxis jakma)
Tél : 05 22 32 52 87
INPE : 061098281

Nom : *Boukhrief*
Prénom : *Fadil*

الدكتور مشعل عبد الحق

الطب العام

1, شارع الحرية – حي التسir 6
برشيد – (قرب طاكسيات جقمة)
الهاتف : 05 22 32 52 87

Berrechid : *S-118*

57,00

11- Dicayme 7,00 (S.V)

44,20 x 5 = 220 (S.V)

278,00 (S.V) 25 - 16 m

Pharmacie ALAFAD

145 Rue Ila Abou Madi
- BERRECHID -
Tel.: 05 22 32 52 01

Dr. abdelhak MECHAL
Medecine Generale
Boukhrief - Fadil
05 22 32 52 87

→ 44,20

DICYNONE 500 MG B20

N° D'AMM : 41DMP/21/AO



6 118000 061175

Primolut® Nor ☒

10 mg 30 comprimés



6 118000 120568

44,20

44,20

Primolut® Nor ☒

10 mg 30 comprimés



6 118000 120568

Primolut® Nor ☒

10 mg 30 comprimés



6 118000 120568

→ 44,20

44,20

Primolut® Nor ☒

10 mg 30 comprimés



6 118000 120568