

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-614460

1-3621

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **MU457**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **EL IDRISSI AZIZ**

Date de naissance : **01/01/1970**

Adresse :

Tél. : **0664791442**

Total des frais engagés : **650,9** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **10/10/2022**

Nom et prénom du malade : **EL IDRISI SSS A752**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Bronchite

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.

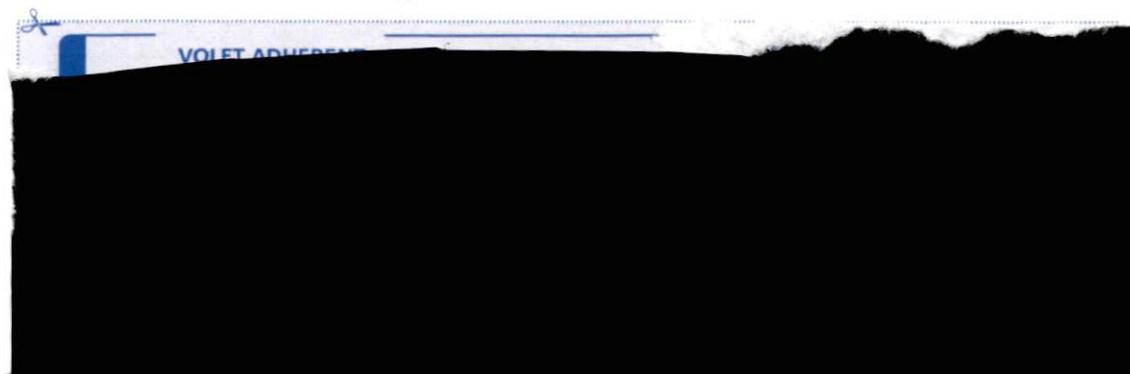
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Co. Casablanca**

Signature de l'adhérent(e) : **CKA**

Le : **14/10/2022**

VOLET ADHÉRENT



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
10/02/2020	Cs		2000	<p style="text-align: center;"> INP: <u>INPE: 091076893</u> دكتور الحبيب رشيد DR. HIRCHI Rachid Medicine Générale 295 Av Oued Tansift Cité El Ouardia Casa - Tel : 06 66 80 76 66 INPE: 091076893 </p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Docteur HRICHI

MEDECINE GENERALE

295, Av. Oued Tansift (2)
Cité El Oulfa - CASABLANCA
Tél. : 0666 80 76

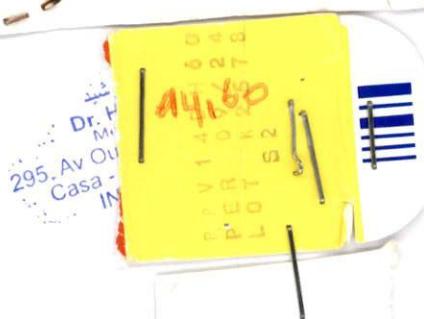


أوكسيسلين + حامض كلاغيالاتيك
أوكسيسلين + حامض كلاغيالاتيك

24 كيس 125 غ 1

LOT : 6570
PER : 11-21
P.P.V : 187DH00

مضاد حيوي
عن طريق الفم



Mr EL SDRSSSS A258

79,00 1). Azix 500 mg
7 sachet x 3 lj pdt

132,00 2). Aclar 3g
7 sachet x 3 lj pdt

14,60 3). Dolynane 3g
7 sachet x 3 lj

99,00 4). Oedes 20 mg
7 gélules 1j pdt

69,00 5). Douxon 3mg
7 caic x 3g

56,00 6). Diprostone

450,00 7). IM en dose unique



611 800115 013 7
DIPROSTONE 1 Seringue
P.P.V : 56,00 DH
AMM 235DMP/21/NTT
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura

دبور العريشي وشيش
Dr. HRICHI Rachid
Medicine Generale
Cité El Oulfa
295. AV Oued Tansift 06 66 80 76 66
Casa Tel. 091078893

LOT: 210573
DLUO: 10/2024
69,000H

Deva

200 ml

