

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° W21-683360
106868

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **13246**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

IBARRITANEC EC MUSTAFA

Date de naissance :

28/08/1989

Adresse :

22 lot 69 Layali II , Benchedid

Tél. : **0668.123.777**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation :

07.02.2022

Nom et prénom du malade :

AMALI AM

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Gue

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 : **Nezzer**

Le : **29/02/2022**

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
07.01.2022	C		200 DH	INP : b611261010ABID Dr. Aodihakim Spécialiste O.R.L Chirurgie Cervico Faciale 02 32 64 60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE LAYAL à la Sana CHABBOUE A Docteur en Pharmacie LAYAL 2 N° 00000000000000000000 TEL: 05 22 00 00 00 00000000000000000000 00000000000000000000	07/07/22	308,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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"/>																		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	00000000	00000000	<hr/>			G	35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552																				
D	00000000	00000000																				
<hr/>																						
B	00000000	00000000																				
<hr/>																						
G	35533411	11433553																				
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																						

**Docteur
BOUABID Abdelhakim**



**الدكتور
بوعبيد عبد الحكيم**

**Spécialiste en ORL et Chirurgie
CERVICO - FACIALE
Exploration Endoscopique
Exploration Vertige et Surdité**

اختصاصي في أمراض و جراحة الأنف و الأذن
و الحجرة و الوجه و العين
اختبارات الدوخة و و ظائف السمع
الفحص بالمنظار و المجهر

CLARIL®
Clarithromycine 250 mg
Boîte de 14 comprimés

P.P.V. : 120,00 DH

6°118000190998

INPE : 061126140

Berrechid le :

07/08/2022

728860

Tanganil® 500 mg
تاخانييل® 500 ملغ
30 comprimés
VTE : MA - PPV : 51DH00

6 118001 183340

Amelal Chiam

20,00

EFFIPRED™ 20 mg

clorid

PPV 58DH40
EXP 10/2024
LOT 19016

58,00

Effipred

79,50

Apixol

51,00

Tazogrel

308,00

PHARMACIE LAYALI
alla Sana CHABBOUBA
Docteur en Pharmacie
LAYALI 2 N° 99 Berrechid
TEL: 05 22 32 42 30

25 mg
1cp. 2 tij.

1S

25 mg
3+1 j / la matin. 56g

get = sucree

1cp.

LOT: 210514
PER: 08/2024
PPC: 79,50 DH

Apixol®
Comprimés à sucer

1cp. 3 (TJS 15)

ORL
Dr. BOUABID Abdelhakim
Spécialiste en ORL et Chirurgie
CERVICO - FACIALE

9 332, Lot Nasr Allah Rés. Mohamed 1er Etage
Appt 2 - Berrechid ☎ 0522 32 64 60
ICE: 001866801000095 - IF : 14445762

9 332 تجزئة نصر الله إقامة محمد
الطابق الأول رقم 2 - برشيد