

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

cions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 081792

108514

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1576 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BIKRI AHMED

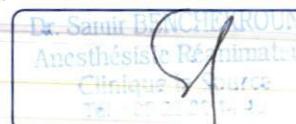
Date de naissance : 07/11/1948

Adresse : Hay Moharraka Fz 3 Apt 6

Fdi-Benussi - Aida - #836, ab =

Tél. : Total des frais engagés : 836,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/03/2022

Nom et prénom du malade : BIKRI AHMED Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Adénocarcinose prostatique

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 : 08/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

L'Hassan

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
08/03/2021			G	Dr. Samir BEN ABBAD Anesthésiste Réanimateur Clinique la Sétif Tél : 05 22 20 44 10

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MARMACIE AL BOUDOOR Sarl Au 15, Rue Sebta Qu.des hôpitaux, casa pharmaciealboudo@icloud.com Tél: 0522 86 04 57 / 86 54 37 Fax: 0522 86 04 67 IF: 40464164 RC: 252331-ICE: 001448477000066 	08/03/2022	836,00

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 canalaires, ainsi que le bilan

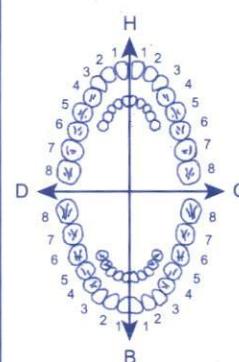
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

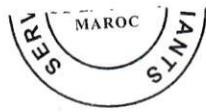
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Nom de particien :

N°

Carnet N°1368

Ordonnance N° 68389

Adresse

Date de l'ordonnance : 08/03/2022

Nom et adresse du malade : Bikerz Ahmed

PHARMACIE AL BOUDJOUR Sidi AU
115, Rue Sébta Qu des hôpitaux, Casablanca
pharmaciealboudjouarase@gmail.com
Tel: 0522 86 04 68 / 05 54 37
Fax: 0522 86 04 67 - If: 4064164
R.C: 252311-RC, 00144884770000066
INPE: 002004357



209,00 x 7

Moscontin soixante (60 mg)
en deux gélules

en comprimé deux fois
par jour (1x2/j)

Treatment d'un mois

826,00

Dr. Samir BENCHERIF
Anesthésiste Réanimateur
Clinique la Source
78 - 05 22 20 14 40

Original prise par le
pharmacien