

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 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

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 036171 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LIA GHAIB ABDELLAKADER

Date de naissance : 1936

Adresse : Villa 4x4 Deroua Nouacler Bloc Q 010

Tél. : Total des frais engagés : 13001, 659, 50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr MALIKI Mohammed
Médecine Générale
Diplôme en Echographie
Deroua - Tél. : 06 61 93 28 94

Date de consultation : 13 JUIN 2022

Nom et prénom du malade : LIA GHAIB Abdellakader Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

LIA GHAIB

Prise de la maladie naturelle

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 : 07/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : LIA GHAIB

Le : 07/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : LIA GHAIB

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13/06/22 | C | 4 | 130 | <i>Boudra</i> Dr MALIKI Mohamed Médecine Générale Diplôme en Radiographie Deroua - Tél. : 06 61 95 28 94 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <i>El Hak Fouad Pharmacie</i> Centre Commercial Deroua | 13/06/22 | 659,50 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|---|---|---|---------------------------------|
| | | A | M | P | C | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

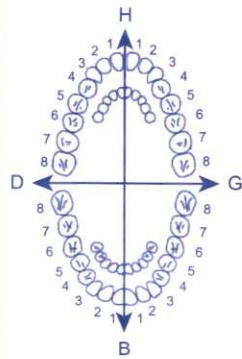
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

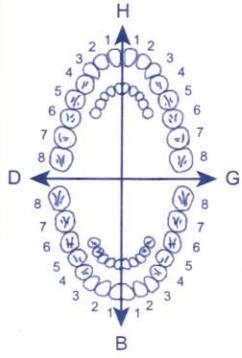
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | MONTANTS DES SOINS |
|------------------------------|--|--------------------|
| | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B G | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | DATE DU DEVIS |
|------------------------------|--|---------------|
| | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B G | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | DATE DE L'EXECUTION |
|------------------------------|--|---------------------|
| | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B G | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. MALIKI Mohamed
MEDECINE GENERALE

Diplômé en Echographie
de la Faculté de Médecine Montpellier
Visite du Permis de Conduire

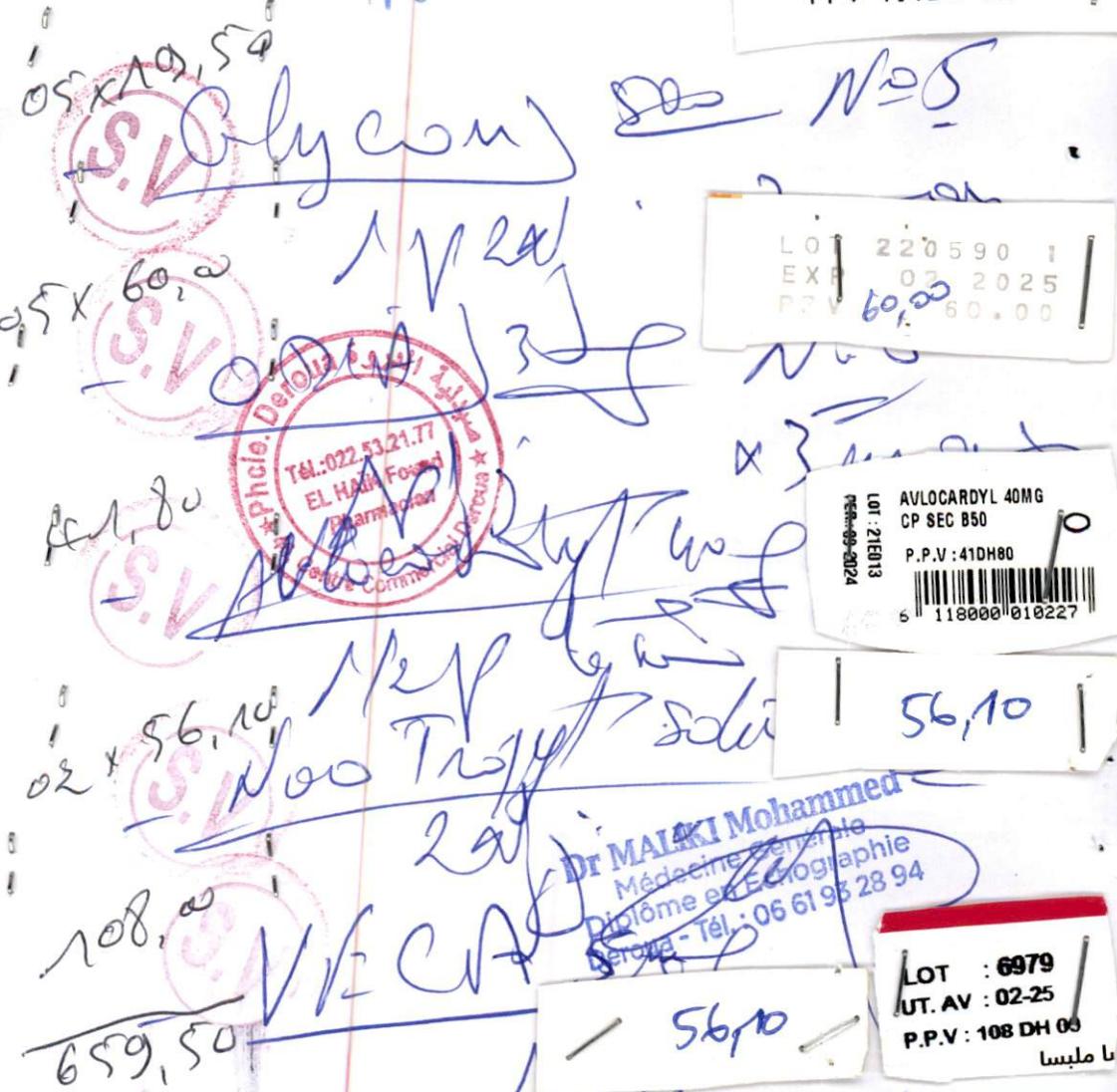
الدكتور مالكي محمد
الطب العام

حاائز على شهادة الفحص بالموجات الصوتية
 بكلية الطب بمونبولي بفرنسا

Deroua le : 13 JUIN 2022

50 comprimés dosés à 500 mg

LOT. F383 PER 04/25
PPV 19.50 DH



01، بلوك U، مركز الدروة، مقابل المركز الصحي - 26200 - الهاتف المحمول : 06 61 93 28 94

01, Bloc U. Centre Deroua (en face Centre de Santé) - 26200 - DEROUA - Tél. Mobile : 06 61 93 28 94

50 comprimés dosés à 500 mg

LOT F383 PER 04/25
PPV 19.50 DH

50 comprimés dosés à 500 mg

LOT F383 PER 04/25
PPV 19.50 DH

50 comprimés dosés à 500 mg

LOT F383 PER 04/25
PPV 19.50 DH

50 comprimés dosés à 500 mg

LOT F383 PER 04/25
PPV 19.50 DH

LOT 220590 1
EXP 02 2025
PPV 60.00

69,00

LOT 220590 1
EXP 02 2025
PPV 60.00

69,00

LOT 220590 1
EXP 02 2025
PPV 60.00

60,00

LOT 220590 1
EXP 02 2025
PPV 60.00

69,00