

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.

bchahid@yahoo.fr Déclaration de Maladie

N° W21-627062 126 012

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>3102</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>CHAHID BA SIDI</u>			
Date de naissance : <u>01-09-1946</u>			
Adresse : <u>216 LOT. MULAWAKIL DOR BOUZZAZA</u>			
Tél. : <u>06 73 55 18 62</u> Total des frais engagés : <u>2883,20</u> Dhs			

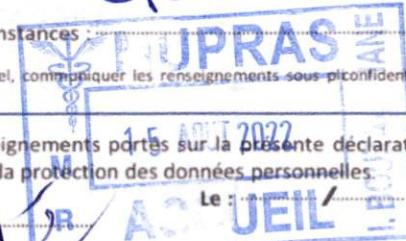
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
<u>Dr. Amal CHAHID</u> المكتورة أمال شاهيد 386, Tarik Dar El Mekhzen Kaaba Marrakech - Tél: 0524 37 05 20		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : <u>12/08/2022</u>		
Nom et prénom du malade : <u>BASIDI HANIF</u> Age : <u>76</u>		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<u>DID + hypertension</u>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous-piconfidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.		

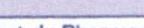
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 15 AOUT 2022

Signature de l'adhérent(e) : N. A. SIDI



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
1/09/2022	C	1	100.00	INPE : 071217038 INP : DR. Amal CHARID   Dr. Amal Charid Dr. Amal Charid Dr. Amal Charid Dr. Amal Charid

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Sous BOUDJANE WARIET PHARMACIE D'OUMLANE 1- LANALFA-DAR BOUJAZZI 1- 022-55-55-55-55 1- 021-55-02-18	10/01/2022	2783,20

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 HONORAIRE																				
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 (Leave blank for this section)	Coefficient (Leave blank for this section)																
ODF PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE 																		
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td>25523412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25523412	21433552	D		00000000	00000000	B		35533411	11433553	G			
H		25523412	21433552																	
D		00000000	00000000																	
B		35533411	11433553																	
G																				
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"/>																				
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				

Docteur Amal CHAHID

OMNIPRATICIENNE

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca
 Echographie Générale (FMPM)
 D.U. de Gynécologie Médicale et Infertilité Bordeaux (France)
 D.U. de Diabétologie et Nutrition Bordeaux (France)



Marrakech, le 10/10/2023

F. BA SIDI CHAHID

350,00 x 4
 1400,00

135,00 x 4
 540,00

68,00
 3

89,00
 4

Mixtard 30 Penfill $\frac{1}{4}$

20 u2
 16 u2
 (01) 0 PPC: 135,00 (01) PPC: 135,00 Dhs
 (01) 0 PPC: 135,00 Dhs
 (01) 0 PPC: 135,00 Dhs

Acu med

bende

66,00

Arginine Neo
 140 g pot 3j

Argo
 140

OLIZINC Complément alimentaire
 30 comprimés
 N° d'enregistrement au Ministère de la santé du Maroc : DA2020010615DMP/20UCA/v1
 N° de lot :
 Date de fabrication :
 A consommer de préférence avant le :
 PPC : 89 DH

Rhumix®
Boîte de 10 sachets

Boîte de 10 sachets

PPV.

P.P.V. : 22,00 D

118000 19103

6 118000 1910: 2

12.00

Shum'a
i-sent a 21

6 193,10x2 contabil 845,10
386,20 lgr 11
7 140,10x2 dedes 845
280,20 lgr le meti palt 3mtrs

2783,20

JOZIAINE WARYTINI
LAHMAIE AL OUMRANE
LAHLAOU BOUZZA
T 02 00 96 52 54
T 02 00 86 02 18

LOT: 211541
PER: 05-2024
PPV: 140,000 H

LOT: 211541
PER: 05-2024
PPV: 140,000DH