

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° M21-

073675

MUPRAS
RECEPTION 9

12372

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01713 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ISMAILI LHASSANE

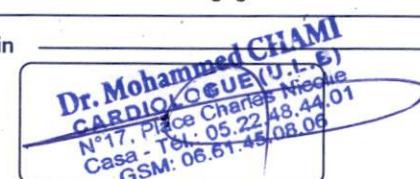
Date de naissance : 01-07-1955

Adresse : 407 ELQOUFA N°56 DEROUA

Tél. : 0661155743 Total des frais engagés : 1167,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ISMAILI LHASSANE Age: _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : M.D.A

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS

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 : DEROUA Le : 13 SEP. 2022

Signature de l'adhérent(e) : S. LAYLA



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 11/7/22 | CS (Crâne) | | | <i>Dr. Mohamed CHAM</i> M.D.C. N°17, Place Charles Nicolle N°17, Tel. 05.22.48.44.01 GSM: 06.61.45.09.06 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <i>PHARMACIE BEN CHAOUI DEROUA N°210 LOT EL WAHDA II</i> | 02/07/22 | 167,40 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

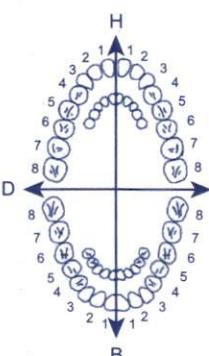
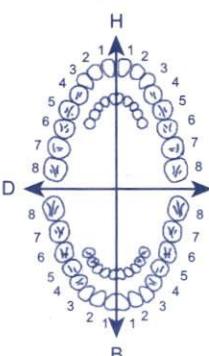
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | Coefficient des Travaux |
|--|---|----------------------------------|-------------|----------------------------------|
|  | | | | |
|  | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | Coefficient des Travaux |
| | H | 25533412 00000000 35533411 | G | 21433552 00000000 11433553 |
| | B | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | Montants des Soins |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | Date du devis |
| | | | | Date de l'Execution |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Ismaili . Nahha

89.70 x 2

1) Corzadone



} 1/2 gr tab

47.00 x 2

} 1/2 gr sain.

2) xémidol



x 2 / 5

34.60 x 2

3) Larilid



37.00 x 2

4) Rezaban



PPV: 84DH80

PER: 04/25

LOT: L1576

| | |
|-----|---------|
| LOT | 213055 |
| EXP | 11 2024 |
| PPV | 47 00 |
| LOT | |
| EXP | 11 2024 |
| PPV | 47 00 |

| |
|--------------------------|
| LASILIX 40MG 20CP SEC |
| P.P.V: 34DH60 |
| 6 118000 060468 0 |

| |
|--------------------------|
| LASILIX 40MG 20CP SEC |
| P.P.V: 34DH60 |
| 6 118000 060468 0 |

ne étage N° 11 et 12 (En face de l'Institut Pasteur)
: 05 22 29 57 75 - Urgences : 06 61 45 08 06

- A 7/15/19 143 min

3710.

37,00.

89,80

ECG

DR CHAMI

NOM: I M ID : Sexe : Age : Date : 2-7-2022

25.0mm/s 5.0mm/mv

65 65 66 65 65 66 66 66 65 66 66 65
922 921 908 910 910 896 908 920 903 909 909 912

DI

DII

DIII

aVR

aVL

aVF

V1

V2

V3

V4

V5

V6

Filtre Principal:On Filtre ADS:On