

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 : 6268

Société : R.A.M 130410

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Abdelkader SAINI

Date de naissance :

Adresse : 1. 2. 1958 Rue El Fakir 11 Ressahane 40 Berrechid

Tél. : 06 62 39 57 97

Total des frais engagés : 464,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. LEMBACHAR Noureddine

42, Rue Bir Anzarane
Quartier Industriel
Tél.: 0522 33 74 30 - Berrechid

Cachet du médecin :

05/09/2022

Date de consultation : 05/09/2022 Age : 61/1982

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

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
05/09/22	Q	XN	150,4	<i>CLINICAHAR Noureddine 42, Rue Bir Anzarane Quartier Industriel Tel: 0522 33 74 30 - Beni Chid</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie HAY AL MASSIRA Lot El amal Bd des Cars Tel.: 0522 32 75 01	05/09/22	314,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

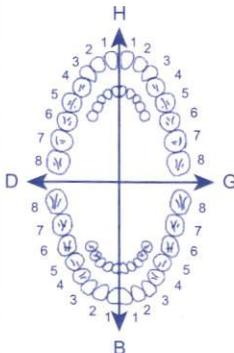
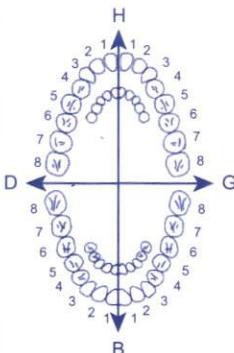
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux												
				<input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				<input type="text"/>												
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS												
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	<input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION												
				<input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Certificats de compétences :

- Gyneco obstétrique (DIU)
- Échographie générale
- Dans le traitement de la douleur

شهادة الكفاءة :

- طب النساء و التوليد
- الفحص بالصدى
- علاج الآلام

Fait à Berrechid le : 29/05/2022

Reçus de vente

34,00

Ofluorép



PPV
34DH00

84,50

1 sachet



Lot : 018
À utiliser de préférence avant le : 03/2027

PPC : 84,50 DH

Lot: 4117A

EXP:

05.

84,00

PPV:

91,00 DH

91,00

Rucarbose



LOT : 7616
UT. AV : 03-23
P.P.V: 34 DH 40

34,00

reqass R

LOT : 22E001
PER. : 12/2024

PROFENID 100MG
CP PEL B30

P.P.V : 70DH90

6 113800 060802

Dr. LEMBACHAR
42, Rue Bir Anzarane
Quartier industriel
Tél: 0522 33 74 30
Fax: 0522 33 74 30 - Berrechid

Pharmacie HAFSA MASSIDA

8, Lot El amal Bd. 2000

Tel: 0522 33 74 30

42, Rue Bir Anzarane Quartier industriel - Berrechid - Tél : 0522 33 74 30

42، زقة بير انزاران الحى الصناعي، برشيد - الهاتف : 0522 33 74 30