

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

- 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.

13/09/2022

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **05534**

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NAANI Abdelmajid

Date de naissance :

08 - 09 - 1960

Adresse :

Résidence El Wahda Imm FS Appt 4A

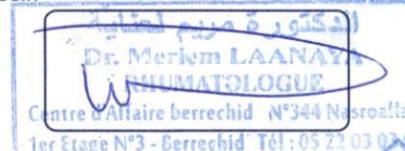
Berrechid

Tél. : **0662/13.0426**

Total des frais engagés : **410,90** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **18/07/2022**

Nom et prénom du malade : **Naani Abdelmajid** Age : **52 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

goutte

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 : **Dessous**

Signature de l'adhérent(e) : **J. B.**

Le : **10/09/2022**

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
1869/12/22	88	ce	250 D.H.	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18.07.22	2000 PHARMACIE 2000 Dr. ABDALLAH 22, Bd. Mohamed V, Place de la Nation, 1000 Berrechidia Tél : 05 22 53 36 09 / 09 52 52 50 Instagram : Pharmacie 2000

06200059

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Meriem LAANAYA

Médecin Spécialiste en Rhumatologie
Maladies des Os, des Articulations
et de la colonne Vertébrale



الدكتورة مريم لعناية
طبيبة إختصاصية في أمراض العظام
والمفاصل و العمود الفقري

Berrechid, le : 18/10/2022 برشيد، في :

Mr. Nader Abdellatif.

46.70

Lyforsic CP

LOT 220685
EXP 03 2026
PPV 31.30

LOT 200087
EXP 01 2024
PPV 46.70 DH

31.30 x 3 = CP 1 jour

LOT EXP PPV

220685
03 2026
31.30

repeal part. 2 semaines

LOT 220685
EXP 03 2026
PPV 31.30

jour 200 DH

13.40

pendant 3 Heel

13,40

2 - X Colchicine

CP 1 mg

13,40

2 CP 1 jour

à prendre

Colchicine

R = 207,60

repeal

part

3 Heel

13,40

LOT 200087
EXP 01 2024
PPV 46.70 DH

الطابق الأول رقم 3 (أمام كارفور) - برشيد

Centre d'Affaire berrechid, N°344 Nasroallah, 1er

Tél : 05 22 03 03 01 - Email : dr.laanaya.meriem@gmail.com