

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

M22- 0028278

131780

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 652

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KAMLI Mohamed

MP
Medicinet
adhésion

Date de naissance :

Adresse : N°168 Rue Hassan II Cité Hassani Ben Slimane
MAROC

Tél. : 0523.29.12.44 Total des frais engagés : 120 + 180,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr KHOUBSAZ
Sajid
TIN: 061004921

Date de consultation : 30/07/2021

Nom et prénom du malade : Bachiria MoliKa Age: 65 ans.

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection médicale

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Ben Slimane

Le : 30/07/2021

Signature de l'adhérent(e) : khl

8

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

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
30/3/11	CS		120 DHS	Dr KHALID BESAD INR: 06100 9924

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL FARAH EL KHALIDI Soufiane Hay El Farah Bloc A Rue H. N° 59 Slimane Tel 05 23 29 07 42	30/07/22	180,00 DA

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	H G B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

Dr. KHOUBBAZ said



الدكتور سعيد خبز

دكتور كلية الطب والصيدلة بالبيضاء

دكتور مسؤول عن وحدة المختبر والأمصال البيضاء - بنسليمان

دكتور رئيس مجلس إدارة شعبة المؤسسات الصحية بعمالة مراكش آسفي

الدكتور العلوم وصفة الدليل - المدير بالصحراء 3D/4D

دكتور معتمد لتأهيل الموارد البشرية

الإضافة بروتوكول

دكتور خبير مثلى لذوي الاحتياجات

Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie Casablanca

Ex Médecin Responsable de l'unité de PEC du Diabète
et Maladies Chroniques à Benslimane

Ex Médecin Chef du SRES Délégation Hay Hassani

Médecine Générale, Médecine de travail - Echo-doppler 3D/4D

Médecin agréé pour la délivrance des Certificats

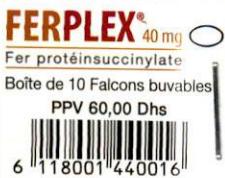
d'Aptitude à la Conduite.

Medecin expert assermenté auprès des tribunaux

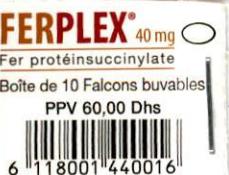
Nom et prénom :

Ordonnance

Le: 30/2/21 n



Bachra malika



1) Relakim Bo

240 g/100

2) vitamine C 1 g x 3

60/00 x 3
180/00
3)

Ferplex Ampol

1 ampoule par jour pendant 1 mois



PHARMACIE EL FARAH
EL KHALIDI Soufiane
Rue El Farah Bloc (H) B
Boulevard Hassan II Benslimane
Tél: 0523 290707

4) Suproloxy B 1000 mg

170, Bd Hassan II Benslimane - Tél: +212 523 290707 / 0523 290707

Tél: +212 661 83 23 62 +212 523 29 07 07 - E-mail: sajdkhoubbaz@gmail.com