

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.

N° W19-509085

133408

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10236**

Société : **R.A.M**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **RHIZA L MOUH**

Date de naissance :

Adresse : **salmia 2 Rue 4 im 10 fl 7 CASA**

Tél. : **0661 55 5890**

Total des frais engagés : **109.00 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : **13/12/2022**

Nom et prénom du malade : **RHIZA L Amara**

Age : **15 ans**

Lien de parenté : **Lui-même**

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **rhizal**

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **17/12/2022**



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/07/22	C3		<p style="text-align: center;">CHF B M'SIK 6000.- CHF RESERVE PARISIENNE DE LA SANTE</p>	<p style="text-align: right;">INP : 131085314</p> <p style="text-align: right;">AZZI FORMATOLOGUE MEROL 131085714 EN M'SIK</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACH S.A.L.M. Inc. L'ENTRETIEN FOURNISSEUR Pharmacienne 6, Bd. El Joulane Salmia 11 Idriss Othmane - Casablanca Tél : 05 22 32 01 00	15/11/2020	49.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 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	INP : <input type="text"/>																		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
ODF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>D</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																						
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
<hr/>																						
D																						
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
<hr/>																						
B																						
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			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

ROYAUME DU MAROC
Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
Délégation préfectorale des
Arrondissements de Ben M'Sik
Centre Hospitalier Préfectoral Ben M'Sik



وزير الصحة والحماية الاجتماعية
+ ٢١٥٦٣٢٠٩٧٤٨٩٥٠٦٥٠٦٥٣
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

اجتماعية
ابن مسيك
بي ابن مسيك

PPC : 49,00 DH
Lot : T25062120M
D.PER : 25/06/2024

Casablanca, le : 17/11/2022

ORDONNANCE

Nom : DR. NYAZI RHIZAL

Prénom : Amass

الدواء
PHARMACIE SALMIA
Mme. LEMTIKI Pouzzi
Pharmacienne
86, Bd. El Joulane Salmia II
Sidi Othmane - Casablanca
Tél : 05 22 38 21 70



105,00 rapp + 2Y

Dr. NYAZI
Mme. Lemtiki Pouzzi
Pharmacienne
86, Bd. El Joulane Salmia II
Sidi Othmane - Casablanca
Tél : 05 22 38 21 70

Dr. NYAZI Latifa
DERMATOLOGUE
VENEROLOGUE
INPE: 131083714
CHP BEN M'SIK

Cachet et Signature

AN ds 1 mois

Roy
Minis
Hôpital Préfectoral Ben M'sik

Reçu de M

La somme de

Anas rhizal
soixante dhs

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
Con-		60, 0
Der m		
Total		60, 0

Quittance

N° 258407

Cachet du Service

Le 1917 20 12

Signature du
Régisseur RÉGIE

Ministère de la Santé