

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

- 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.

N° M21- 066250

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8491

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraité

Nom & Prénom :

KHOURI

14062 mmed

Date de naissance :

30/06/1958

Adresse :

INARA 1 lot DHAIR N° 48 Rue 31

AIR CHOCK

Tél. :

0622736829

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hyperthyroïdie prostatique

Age :

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 : 03/11/2018

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 378, Bd Dahmane Lot Chiffa Tel: 02 22 50 11 23 R.C. 27734 Par: 32 023323 INNÉA000053523	03/10/2022	302,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient

O.D.F
PROTHESES DENTAIRE

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
12	21433552
00	00000000
00	00000000
11	11433553

The diagram shows a 10x10 grid of circles. The grid is centered at the origin (0,0). The horizontal axis is labeled 'D' at the left end and 'B' at the right end. The vertical axis is labeled 'H' at the top end and 'B' at the bottom end. The grid is filled with numbers representing a 10x10 matrix. The numbers are arranged as follows:

- Row 1: 1, 2, 1, 2, 1, 2, 1, 2, 1, 2
- Row 2: 3, 4, 3, 4, 3, 4, 3, 4, 3, 4
- Row 3: 5, 6, 5, 6, 5, 6, 5, 6, 5, 6
- Row 4: 6, 7, 6, 7, 6, 7, 6, 7, 6, 7
- Row 5: 7, 8, 7, 8, 7, 8, 7, 8, 7, 8
- Row 6: 8, 9, 8, 9, 8, 9, 8, 9, 8, 9
- Row 7: 9, 10, 9, 10, 9, 10, 9, 10, 9, 10
- Row 8: 10, 11, 10, 11, 10, 11, 10, 11, 10, 11
- Row 9: 11, 12, 11, 12, 11, 12, 11, 12, 11, 12
- Row 10: 12, 13, 12, 13, 12, 13, 12, 13, 12, 13

The grid is filled with these values in a repeating pattern. The grid is bounded by a dashed line at the top and bottom, and a solid line on the left and right sides.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier
des Arrondissements
Hôpital Sidi Othmane

CONTIFLO® OD 0.4mg

Boîte de 30 gélules à libération
prolongée
Voie orale

CONTIFLO® OD 0.4mg

Boîte de 60 gélules à libération
prolongée
Voie orale

CONTIFLO® OD

PPV: 109DH70

60 كبسولة
 ذات تحرير ممددة

ع.ن. ط.ر.ة. ١٠٠

30 Gélules

à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg

193,10
109,70

① Contiflo . gel .

1 gel 1 T.

Port

T = 302,80

المملكة المغربية
وزارة الصحة
رئيسي الإستشفائي الإقليمي
قاطعات مولاي رشيد
مستشفى سيدى عثمان

110/22

NANCE



GTIN: 18901296110192

Lot: DFC3008F

EXP.: 07/2023

S.N.: #RZD84FSNJK



GTIN: 18901296110185

Lot: DFC3906G

EXP.: 09/2023

S.N.: 5Y898PEETJH

