

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.

140105

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023792

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2957

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL HAIL Nour El

Date de naissance :

11/07/1986

Adresse :

174 Avenue Hassan II

Téléphone :

0525 684 793

Total des frais engagés : 120 + 180 = 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

24/11/2021

Nom et prénom du malade :

El hail Nour El

Age : 36 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Comptjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie + Nieriste

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 : BERRACHE

Le : 24/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :



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.

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
24/11/22	C	24	180,00	0696534363 - 0322030101 Médecin : Fatima Elzahra
			061236024	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALAFIA 3,5 Rue Ilia Abou Madf - BERRACHID Tél. 06 22 33 64 01	24/11/22	180,00

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
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
D	G	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	B			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
COCHEFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de médecine
et de pharmacie Casablanca
Ancien Médecin Généraliste
aux Urgences
Hôpital Multidisciplinaire
CHEIKH ZAYED



الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة سابقة بقسم المستعجلات
مستشفى متعدد التخصصات
الشيخ زايد

24/11/22

Ordonnance

n°

el haj Nahla

49,00 x 2

1) Docuroc 500 mg. (26)

LOT: 220374
DLUO: 05/2025
49,00DH

21,00 x 2 x 30

2) Diafe 500 mg. (26)

LOT: 210390
DLUO: 07/2024
49,00DH

40,00

1 mg - 25 ml

PPV: 21DH00
PER: 11/24
LOT: K3092

3) long 500 mg. (26)

PPV: 21DH00
PER: 06/25
LOT: L2116

200U.CEIP/ml

40,00

Pharmacie ALAFAQ
135 Rue Illia Abou Madi
BERRECHID -
Tél: 05 22 33 64 01

180,00

Dr. Elghouat fatima Ezzahra
Médecin Généraliste
0696531363 - 0522030178



0696531363-0522030178



Dr.Elghouat@gmail.com

211 COOP AL QODS 1er étage bureau N°5 Berrechid 26100 (au dessus de blm)

كوب القدس الطابق الأول مكتب رقم 5 برشيد (فوق بيم)