

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-773092

par courrier
140823

Optique

Autres



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1640

Société :

RAM

REPARTIE

Actif

Pensionné(e)

Autre :

ELHASOUA - ABDEULKRIM

Nom & Prénom :

30.06.1953

Date de naissance :

Résidence ISMAILIA (B) ANT 13

étage 11A S8AN 1^{er} V.N - MEKINES-

Tél. :

06.64.26.31.60

Total des frais engagés : 475,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

06 DEC 2022

Nom et prénom du malade :

Sehrouche Hélène Age: 62 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hypertension artérielle + Cap

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 : Meknes

Le : 06.12.2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
06 DEC 2022	e		150	INPIE 131017279

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL HASSOUABI Dr EL HASSOUABI 9 Lot Kamila - Meknès Tél : 05 35 46 77 40	06/12/22	475,35

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 (List of teeth treated)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
					H	25533412	21433552													
					D	00000000	00000000													
					B	00000000	00000000													
					G	35533411	11433553													
CCEFFICIENT DES TRAVAUX																				
MONTANTS DES SOINS																				
DATE DU DEVIS																				
DATE DE L'EXECUTION																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

Docteur BAHSSINE Mohamed

Diplôme de la Faculté de Médecine de Rabat

MEDECINE GENERALE

EX. Médecin Chef du Service des Urgences et de Médecin (B) de l'Hôpital Mohamed V
Médecin Expert Assermenté Près les Tribunaux



الدكتور باحسين محمد

خ به كلة الطب بالباط

الطب العام

طبيب رئيس سابق لقسم المستعجلات

قسم الطب (ب) بمستشفى محمد الخامس

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

مکناس فی 06 DEC 2022 Meknès, le

(03 x 58,00)

Tanville with 6,4

12630

4th

Argente Ly

55.00

Pharmacie AL INBIAA
19, Lot. Kamilia - Meknes
Tél : 05 35 46 77 40

Pharmacie AL INBIAAT
Dr EL HASSOUABI
19, Lot. Kamilla - Meknès
Tél : 05 35 46 77 40

Dr. BAHSSINE Med
Médecin Expert près les Tribunaux
Autorisation 7343
3, Rue Settat Av. Allal Ben Abdellah
Tél. 05 35 52 54 65 (V.N) M. 05 35 52 54 65

**3, Rue Settat (Angle Av. Allal Ben Abdellah)
(Ville Nouvelle) - Meknès**

3. زنقة سطات زاوية شارع علال بن عبد الله المدينة الجديدة - مكناس

Tél : 05 35 52 54 65

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V : 98DH00
6 118000 062257

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V : 98DH00
6 118000 062257

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V : 98DH00
6 118000 062257

AUGMENTIN 1 g/125 mg
12 sachets



6 118000 160175

PPU: 126,30 DH
LOT: 649744
PER: 03/24

BIMYLASE® 3000 UGPIU
24 comprimés enrobés
6 118001 200900

55,00 DH