

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

MUPRAS
RECEPTION

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11.46

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : OUHMI MOHAMED

Date de naissance :

11.1946

Adresse :

Tél. : 06.11.89.27.51

Total des frais engagés : 450.01 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/11/22

Nom et prénom du malade : SAIDANE Mahjoub Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Syndrome auxiliaire + douleurs Rhumatismales

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 : DZ ROUA

Le : 13/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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	1C	X1	150.00	Dr. Siumia GHAMRAI Médecine Générale Echographie Génitale - SERECHID Bd. Marjach - Tel: 0522 33 65 99

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BENTECHID Halima MARRAKCHI PHARMACIE / Bentechid 95 Bd Mohamed V / Bentechid Tel: 05 22 32 43 68	24/11/22	308.65

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

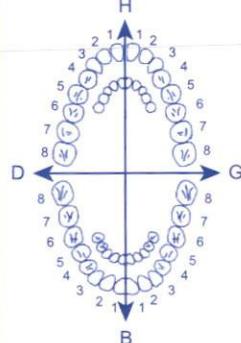
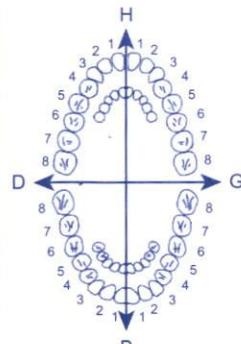
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G B	<input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Lauréate de la Faculté
de Médecine de Casablanca

Médecine Générale
Echographie Générale

خريجة كلية الطب
بالدار البيضاء
الطب العام
الفحص بالصدى

Berrechid ,le: 24/11/22

SAIDANE Mahjoub

126.80

① No-dep 50 cp

1/2 cp j le matin

23.0

② Temesta 1 mg cp

1/2 cp j le soir,

108.60

③ Ostéocare cp

1 cp j le soir à 20h

49.60

④ D-Cure forte amp

1 amp / mois - Rdt 3 mois

+ 308.05

PHARMACIE BERRECHID Dr. Soumia GHAMRAOUI
Médecine Générale
Echographie Générale
Bd. Marrakech - BERRECHID
Tél.: 0522 33 65 99

17 Bd de Marrakech
Haut Maroc, Hay Al Kadiri
Berrechid
Tél: 0522 33 65 99

17، شارع مراكش، حي القادرى
برشيد - الهاتف: 05 22 33 65 99

