

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 652 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KAMLI Mohamed

Date de naissance :

Adresse : N°168 Rue Nasser 2 cité Hassan - Ben Slimane MAROC
Tél. : 0523 29 12 41 Total des frais engagés : 202,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/10/22 Nom et prénom du malade : BACHRA Naâlha Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Polyarthrite Pathologie : (Fibrosyalgie)

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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 : Casablanca Le : 19/12/2022

Signature de l'adhérent(e) : kul

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
22/10/22	CS		Brutal	M

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie aziz Mr SEFIANI SAAD 4. Avenue Hassan II-Benslimane Tel : 0523-29-04-87 ENDE: 062 012 851	22/10/2022	202,60 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
tionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fayçal AZIZ

Médecin physique

Spécialiste des maladies des os et articulations, des muscles, de la colonne vertébrale et du système nerveux.

Urodynamique



الدكتور فيصل عزيز

طبيب فزيائي

اختصاصي في أمراض العظام والمفاصل والعضلات والعمود الفقري

والجهاز العصبي

اليوروديناميک

Benslimane, le

22/10/22

77

BAUCH RA

Nalika

39,80

(A's)

22278228

- laundry 1 gutes

81,40

81,40 x 2

162,80

06 goûts / j 6 mi -
cachou, pt. 1 mi,

(A's) 3 20 - 7/1 l anti-

Dr. Fayçal AZIZ
Spécialiste en Médecine Physique
Bd Hassan II, 2ème étage Res Walid
N° 04 Benslimane
Tél : 0523-29-54-87

T = 202,60

Dr. Fayçal AZIZ
Spécialiste en Médecine Physique
Bd Hassan II, 2ème étage Res Walid
N° 04 Benslimane
Tél : 0523-29-54-87

Laroxyl®

Amitriptyline

PPV:39DH80
PER: 06/25
LOT: L2321

81,40