

## 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.

N° W21-648706

142583

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3611

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BASSIME AHMED

Date de naissance :

25-11-1962

Adresse :

RES ALWAHDA, B<sup>e</sup> N<sup>o</sup> 5, BERRACHID

Tél. : 0669623747

Total des frais engagés : 512,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

الدكتور بسمة جعفر  
Dr JAMI Amina  
Médecine Générale الطبيب العام  
Lot Al Youssef 2, Rue Al Moukawana N° 18  
1<sup>er</sup> Etage - Berrachid (En Face Laboratoire Sekkat)  
Tel. : 05 22 51 03 40

Date de consultation :

23/12/2021

Nom et prénom du malade :

ELITAYANY Mich

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DT akd

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 : BERRACHID

Le : 29/12/2021

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
23/12/22			100,00	 <b>Dr Amina</b> Médecin Général الطبيب العام Lot Al Yousef 2 Rue Al Moukrana N° 18 1 <sup>er</sup> Etage "Berie" LE FAIS Laboratoire Sekkat
				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIEN NAJAH SANTÉ BOUKENTER NAJAH 156 Bd Mohammed V Bérechid TÉL: 05 22 33 74 04	23/10/02	362,60

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D —————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 B			
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>				
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>				
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>				
<b>DEBUT D'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>				
<b>FIN D'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>				
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>				
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>				
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>				
<b>DATE DE L'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>				

**Dr Amina JAMI**

Médecine Générale  
Echographie  
ECG  
DU de Gynécologie,  
Infertilité et suivi de Grossesse  
de L'université de Bordeaux



**الدكتورة أمينة جامي**

الطب العام  
الفحص بالصدى  
التخطيط الكهربائي للقلب  
دبلوم أمراض النساء،  
العمق و متابعة الحمل  
من جامعة بوردو فرنسا

## ORDONNANCE

Berrchid Le, 23/12/2022

Patiene : EL HAYANY AICHA

- 54,00 - DUSPATALIN GELULE À 200 MG  
- 1 gélule, 3 fois / jour
- 55,00 - LIXIFOR  
- 1 gelule, 1 fois / jour (le soir au coucher)

65,10 - utbaleme

1 gél x 81.

144,50 - engel 2er

1 fl/1,0 x 7ml

362,60

DUSPATALIN 200MG  
GELU B20  
LOT : 22E002  
PER: 09 2024  
P.P.V : 54DH00  
  
6 119000 010531  
X1018 0425  
LOT PER

Prix 99,00

961 02 2022 02 2025  
BIOCODEX MAROC  
PPV 65.10 DH

144,50

الدكتورة أمينة جامي  
Dr Amina JAMI  
Médecine Générale  
1<sup>er</sup> étage - Bâtiment 2 Rue Al Maouadet  
Boulevard du 20 Août 1955  
Télé : 05 22 51 69 40  
GSM : 05 22 33 74 04

Prochain RDV le :

الموعد القادم :

حي اليسر 2، شارع المقاومة رقم 149 الطابق الأول برشيد ( أمام مختبر التحاليل السقاط )  
الهاتف : 05 22 51 69 40