

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.

14/337

Matricule : 1046.1

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ASSEERAHINE Abdelljalil

Date de naissance : 14/10/1964

Adresse : 10 Rue AL HAMRA Bemerdad

Tél. : 0662-779145

Total des frais engagés :

504,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/11/2019

Nom et prénom du malade : ASSEERAHINE yousef Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Angophytose

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 :

Le : 16/12/2019

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
28/11/22	S	5	1050H	Dr. ATRACHIDI Samira Montant de la Facture Angle Rue Okba Nafii et Rue Madina - BERRECHID Tél: 0522 33 77 77

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Fatima Santé Dr. ATRACHIDI Samira Angle Rue Okba Nafii et Rue Madina - BERRECHID Tél: 0522 33 77 77	28/11/22	254170

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

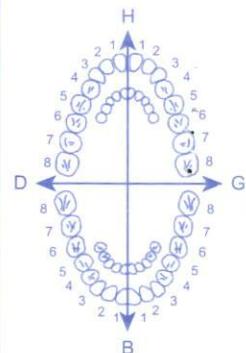
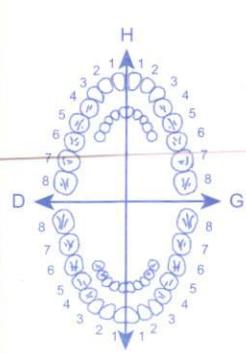
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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															
																		
																		
<h3>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</h3> <p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	11433553	G	35533411		B		
H	25533412	21433552																
D	00000000	00000000																
	00000000	11433553																
G	35533411																	
B																		
<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXECUTION</p> <p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Salma BENKIRANE

Pédiatre - Allergologue

Homéopathe

Ancienne interne
du CHU Ibn Rochd

دكتورة سلمى بنكيران

اختصاصية في أمراض الطفل والرضع

والحساسية و مرض الربو

المعالجة الأميوبياتية

طبية داخلية سابقة في مستشفى ابن رشد

Casablanca, le : 26/11/2022 الدار البيضاء في :

Adrenalin yourself



18.50

4/ Bryonia 500mg CHOU 50 : 3g x 4 / J pdt g/jus.

18.50

2/ Belladonna 500mg CHOU 50 : 3g x 4 / J pdt g/jus.



18.50

3) Katiron bichromicus 500 : Si Sedativ
18.50 3g x 4 / J pdt g/jus.



4/ strychnos 500 : 3g x 4 / J pdt g/jus.

79.00

Pharmacie Fatima Santé
Dr. ARRACHIDI Samira
Angle Rue Okba Bnou Nafil
Rue Mokhtar BERRADA
Tél: 0522 3377

Salis RICOU
LOT 091930/FC3
PER 09/2024
PPC 79.00

5/ Thiavene Sinap 100g : pdt 7

18.50 enfant

6/ neemius Solublio 500 : 3g x 4 / J
pdt 6 J



372, Lotissement Al Mostakbal, GH42, RDC, App.1, Sidi Maârouf, Casablanca

Tél.: 05 22 78 01 57 - Tél: 06 80 12 22 20 • E-mail : drsalmbenkirane@gmail.com

Patente : 36119778 • INPE : 091173559 • ICE : 001737284000010

7/ Apil eti Psirap 1S
28.04.2022 à 4/1/2022

28.4

8/ Si persiste de la fièvre:

Arzix. Sirap

1ddp(22). / j pdt 37m

27.04.2022

9/ Zadhy Psirap.



15ml à 2 / j pdt 1m.



10/ Amicaset pour les coupes

12g à 2/j

Pharmacie ~~Samira~~ Dr. Samira
Angie Rue Okba Bnou Nafii
et Rue Madina - BERRECHID
Tél: 0522 33 77 77
25/4/20

