

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.

M22- 0048316

Optique Maladie Dentaire Autres

148575

Maladie Dentaire Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5460

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom : BEL FKIH Abderrahman

Date de naissance : 01-01-1954

Adresse : Ighli 7 N°88 Lamhamid - Marrakech

Tél. : 0662054997

Total des frais engagés : 308,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr NOUFI T Omar Abdellah
Médicin
N°15 Appt N°2,
Lot. Nassim, M'hamid Marrakech
Tél. 06 06 13 23 44

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/01/2023

Nom et prénom du malade : Mme BELFKIH DOUNIA Age: 17ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dorsalgie + Allergie

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 : 08/01/2023

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
31/01/2023			150,00	Dr NOUFI Lot. Nassim M'hamid Marrakech Tél : 0606 13 43 44

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31.01.23	158,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

BELEVE 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	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	P

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a cyclohexane ring with substituents at various positions. The ring is oriented with an arrow pointing upwards from the top vertex. The substituents are labeled with numbers 1 through 8, indicating their positions relative to the ring's vertices. Substituents at positions 1, 3, 5, and 7 are labeled with a circled '1'. Substituents at positions 2, 4, and 6 are labeled with circled '2's. A circled '3' is at position 8. A circled '4' is at position 7. A circled '5' is at position 6. A circled '6' is at position 5. A circled '7' is at position 4. A circled '8' is at position 3. A circled '9' is at position 2. A circled '10' is at position 1. The labels are placed such that they are not directly adjacent to the substituents on the ring.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Marrakech le 31 / 01 / 2023

Mme Belfkih Dounia

17 ans

37,00

1 - Acethio 500 mg cp
2 cp X 2/j pendant 07 jours.

50,00

2 - Aflamic 7.5 mg cp
1 cp X 2/j pendant 07 jours.

40,70

→ 3- Naureus 5 mg cp
1 cp le soir pendant 14 jours.

31,20

4- Broncathiol 5% adulte sirop
1 C à S X 4/j .

158,90

Dr NOUIBET Omar Abdelhag
Médecin
Lot. Nassim, N 15 Appt N°2,
M'hamid - Marrakech
Tél : 06 06 13 23 44

130



تجزئة النسيم رقم 15 شقة رقم 2 محاميد مراكش

Lot. Nassim, N 15 Appartement N 2, Mhamid Marrakech

Tél: 05 24 20 82 92 - 07 08 20 82 90 - E-mail: dr.nouibetomar@gmail.com