

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.

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule 00075 96

Actif

Pensionné(e)

Société :

Autre :

Nom & Prénom : HIBA HALIM

150 750

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0661882649 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

HIBA OTMANE
Traumatologie - orthopédie
24 , Bd Brahim Roudani
Lot Al maghrib Al jadid Berrechid
INPE: 021240882

Date de consultation : 13.02.2023

Nom et prénom du malade : HALIM HIBA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Suture de plaie

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 : BEAUFORT

Le : 13.02.2023

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 Parcours des Actes
13/01	consult		300,00	Dr.HIBA OTMANE Traumatologie - orthopédie 24 , Bd Brahim Roudani Lot Al maghrib Al Jadid Berrechid INPE: 021240882
23	Salles de phys		100,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAWANIA SARL MEHDI HAMMOUMI Docteur en Pharmacie 83, Avenue Marakach - BERRECHID Tel : 05 22 33 61 51	13/02/03	146,40

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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

ODF PROTHÈSES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



060003332

SARL
PHARMACIE
MEHDI
Docteur
83, Avenue
Tél. 05 22 33 61 51

OMNIA SARL
HAMMOUMI
Docteur en Pharmacie
83, Avenue Marrakech, BERRECHID
Tél. 05 22 33 61 51

ORDONNANCE

SARL
PHARMACIE OMNIA SARL
MEHDI HAMMOUMI
Docteur en Pharmacie
83, Avenue Marrakech, BERRECHID
Tél. 05 22 33 61 51

Berrechid, le 13/02/2013

Maie Hiba Itâim

116140

116140m

3010

21

Flonam 500

15

reflex 250

13/02/2013

Deltram 9943

mebrol

100 ml

15

chequement de pensionné

orthopédie

Dr. HIBA OUMANE
Traumatologie - orthopédie
24, Bd Brahim Roudani
Bd maghrib Al jadid Berrechid
INPE 021240882
Tél. 05 22 32 57 58

PPV 116DH40
LOT 240231
EXP 04/2024

254

FLOXAM

Flucloxacilline

500 mg

gélules Voie orale

30 D H 58
12/25
L 4033





060003332

FACTURE N°M01866/23

Nom : HALIM
Prénom : HIBA

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
Tél: 33.66.22/33.66.62 Fax: 32.57.5

CONSULTATION : 300.00DH
SUTURE DE PLAIE : 1000.00DH

Arrêté la présente facture a la somme de :

« MILLE TROIS CENT DIRHAMS »

Berrechid, 15/02/2023

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
Tél: 33.66.22/33.66.62 Fax: 32.57.5

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
Tél: 33.66.22/33.66.62 Fax: 32.57.5