

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- 0057041

153049

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Code réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 02741

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAFID Ahmed

Date de naissance :

01_01_1954

Adresse :

Rue 1 villa 43 Hay Elhouda
Battouchid

Télé : 0668640833

Total des frais engagés : #358#

Dhs

Code réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

4/3/2023

Nom et prénom du malade :

Amina Bayi Age: 1956

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection

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 : Casa

Le : 13/03/2023

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
3/23	Q2		250	Dentiste Maitre - Cuvelier 11 bis rue Maillot - Paris 17 ^e

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ASMOUL Samir Docteur en Pharmacie 12 Rue ALEXANDRE HALEY AU PICARD BERRECHID Tél. 05 22 32 80 54	4/03/23	108,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, 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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



DR. AMINE
LEMSEFFER
GYNECOLOGUE & OBSTETRICIEN

Suivi de grossesse • Accouchement • Infertilité du couple
Diagnostic anténatal • Echographie 3 et 4 D • Coeliochirurgie
Consultation et suivi en gynécologie • Chirurgie et maladie du sein
Chirurgie gynécologique • Dépistage des cancers gynécomammaire

مراقبة الحمل • الولادة • الفحص بالأمواج فوق الصوتية والمجوّات 3-4 D
عم الزوجين • جراحة و أمراض النساء • أمراض الثدي • الفحص
بال المجهر الداخلي • الفحص المجهري لعنق الرحم

le 4/3/23

Amina Bayi

PHARMACIE ARAXA
ASMOOUN S.A.S.
Docteur en Pharmacie
12 RUE ASSALAM Hay Al Mouline
BERRECHEBD
Tél: 05 22 32 84 94

108,00 VE CCA 5 mg



1 cp le sou



PHARMACIE ARAXA
ASMOOUN S.A.S.
Docteur en Pharmacie
12 RUE ASSALAM Hay Al Mouline
BERRECHEBD
Tél: 05 22 32 84 94

Dr. LEMSEFFER AMINE
Gynecologue - Obstetricien - Endocrinien
11 Rue Abou Hayan Attaouhidi - Maârif - Casablanca

Tel : 05 22 65 84 49 / Urgence 06 61 07 73 35

11 زنقة أبو حيان التوحيدى - الطالق الأول - المعاريف - الدار البيضاء

GYNECODYALI.COM