

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 : 06820 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHEDROUF ABDELFATAH

Date de naissance : 02/07/1960

Adresse : HABITuelle

Tél. : 06.61.55.09.34 Total des frais engagés : 459,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/07/2023

Nom et prénom du malade : KHEDROUF ABDELFATAH Age: 63

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Optométrie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

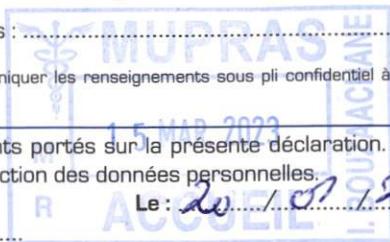
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Berrechid Le : 20/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : BH



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
20/11	CS	G		
20/11				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Mosquée RIBAT Dr. SITIHA TAMEZ N°: 1-2 Mosquée RIBAT Riad (A coté du Stade Sportif) Marrakech Tél / Fax: 05 22 33 05 22	20/11/23	277.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/11/23	Ribat	180.00

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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX		
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 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

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

20/01/2028

198,00

① No O 6p bil

100 x 2

79,00

② Myobil

100 x 3

③ Osteo

277,00



À consommer de préférence avant fin /
Best before :
Lot n°/Batch n°: PPC: 79,00 DH

730115.01.21

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

20/01/2003

~~Hopital Universitaire International Mohammed VI
Pr. Assistant BENSEALEH Souhail
Traumatologie-Orthopédie
091250966~~

Rx Le muscle

Naciri *Bensaleh* *Souhail*

*Hopital Universitaire International Mohammed VI
Pr. Assistant BENSEALEH Souhail
Traumatologie-Orthopédie
091250966*

CASABLANCA, le 20/01/2023
PATIENT : KHEDROUF ABDELFATAH

RX COUDE FACE/PROFIL

Minéralisation osseuse normale.

Articulations du coude morphologie normale.

Absence d'anomalie des parties molles.

Absence de lésion de nature traumatique.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr EL BAKKARI ASAAD**

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 10 032 / 2023 du 20/01/2023

Nom patient : KHEDROUF ABDELFATAH

Entrée 20/01/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 20/01/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DU COUDE DE FACE	1,00		180,00 Sous-Total	180,00 180,00
Total Frais Clinique				180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS		Total 180,00

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		180,00		180,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tel: (0212) 0529 00 4466
E-mail: www.hckz.men.tn
mk.fekm.jnc