

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

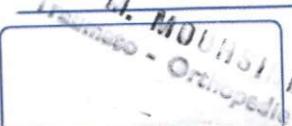
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

N° W19-428193

158073

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 10 080			
Société : RAM Retraite			
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : SAFRI MOHAMMED			
Nom & Prénom : 1953			
Date de naissance :			
Adresse : Dabwan Albad yahya DEROMA			
Tél. : 0670976017	Total des frais engagés : +490,40+ Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 21/10/2023			
Nom et prénom du malade : HABIB SADIA Age: 1964			
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Canal, carpien.			
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 : BENEDIC Le : 21/10/2023
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
21.03.2023	CPA	300DH		INP : 16104970
21.03.2023	contrôle C			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALNAFAE Dr. Meriem OUEDRHIL Coopérative Alwafaé N° 152, Cooperatif 95 22 53 242	21/03/23	109,45

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

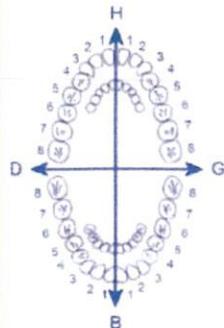
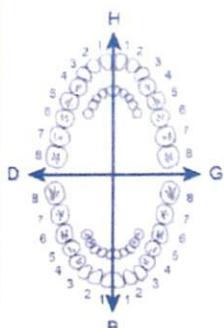
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : []												
																
																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>28533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H	28533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	28533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession																
MONTANTS DES SOINS																
DATE DU DEVIS																
DATE DE L'EXECUTION																



السفارة
CLINIQUE CHIFA



ORDONNANCE

Berrechid, le : 21.03.2023

Name: HABIB SADIA

Dr. M. MOUNSINE
Tunisie - Orthopédiste

168,20
Augmenter les
gouttes 1x1

22,20
Cade & Lyraue

26,20

190,40



تجزئة جدا - برشيد الهاتف / الفاكس : 06 61 14 32 05 المحمول : 05 22 32 42 80
7, Lottissement Jaddah - Berrechid Tél./ Fax: 05 22 32 42 80 Gsm: 06 61 14 32 05

PPV:22DH20
PER:01/25
LOT:M146

0 Codoliprane®
Paracétamol / Codéine
400 mg/20 mg
16 Comprimés
sécables



6 118000 040217



الصفا CLINIQUE CHIFA



060002557

ORDONNANCE

Berrechid, le : 21-03-2023

- Mme: HABIB. SAPFA.

Consultation. près Anesthésie.
pour canal carpien.

Dr. ELOUASSI Brahim

Spécialiste en Anesthésie Réanimatrice

Ex. Médecin du CHU Ibn sina Rabat

06 61 14 32 05 05 22 32 42 80 تجزئة جدة - برشيد الهاتف / الفاكس :

7, Lotissement Jaddah - Berrechid Tél./ Fax: 05 22 32 42 80 Gsm: 06 61 14 32 05



clinique Chifa

Berrechid le :21/08/2023

FACTURE:N°51/23



060002557

Nom et prénom :HABIBI SADIA

Date de consultation:21/03/2023

INTITULE	JOUR	QTE	PU	MT
DR EL OUASSI		1	300	300.00
Sous total clinique				300.00
TOTAL				300.00

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
TROIS CENT DHs**

7, تجزئة جدة - برشيد - Lotissement Jaddah - Berrechid BP 308

Gsm :06 61 14 32 05 / Tél./Fax: 05 22 32 42 80 Patente N°: 40720200 - CNSS N°: 2922682
Compte Bancaire : Agence Berrechid RIB N° 117621212115848620000510 - IF: 6101098
ICE: 001785613000068