

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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- 0049377

Optique *160 877* Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *2741* Société : *RAM*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *HAFID AHMED*

Date de naissance : *01 01 1954*

Adresse : *Rue 1 Zijleq 43 El houda*

Berre Chid

Tél. : *066 864 0833* Total des frais engagés : *758,10 Dhs*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *15/04/2023*

Nom et prénom du malade : *ADINA BAYI* Age : *1956*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *HTA*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : *HTA*

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 : *SIDI CHID* Le : *04/04/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *Dr. Hafid Ahmed*

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
15/04/2023	CS		10000	Dr. Iman MAHMOUD Omnipraticien 183, Bd Mohamed V Casablanca 3 ème étage N° 5 - B Tél : 06 22 22 53 53

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie ARAFA Samir ASFOOUN Docteur en Pharmacie Tel: 05 22 32 84 94-Berrechid 82 Rue Assalam Hay ELHoussine	15/04/23	608,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

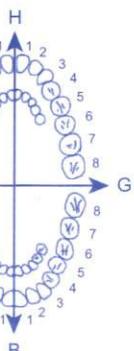
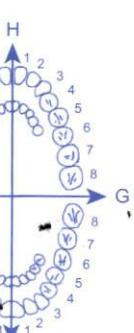
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Ancien Médecin interne au CHU IBN ROCHD
Gynécologie - Infertilité - Échographie

طبيبة داخلية سابقاً بالمركز الاستشفائي ابن رشد
أمراض النساء - العقم - الفحص بالصدى

ima

CABINET MÉDICAL



15/04/23

A Q. A A R A Y T

65.40 X 3

T C A S C E H



d p x d 3 h s

168.20

Augmenter (still)

Ag x 2

5 t 50 dh min
100 x 3 x

82.10 X 2

E 80 g



Lot: 220224
A consommer
de préférence avant le: 02/2025
PPC: 79,50 DH

LOT 22008
PER 08/24
PPV 32DH10

LOT 22008
PER 08/24
PPV 32DH10



183 شارع محمد الخامس (طريق بوسكورة) - الطابق الثالث
d 5 (Ex Route Bouskoura) 3 étage N° 5 Berrechid
Tél : 05 22 33 68 60 / 05 22 33 68 60
الهاتف: 05 22 33 68 60
Pharmacie ARAFA 47, Samir ASMOUN, Docteur en Pharmacie, Tel: 05 22 32 84 94, Berrechid, 82 Rue Assalam Hay ELHouda