

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.

M22- 0053706

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 1767 Société : R.A.M 162 147
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : Benaissa Fatima veuve Hrida
 Date de naissance : 11/17/1960
 Adresse : 1.1 Rue AS.Wane, Bd.Yaacoub EL mansour oujda
 Tél. : 06.15.60.83.50 Total des frais engagés : 417,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/10/2023

Nom et prénom du malade : BENAISSA Fatima Age : 62 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Laryngite

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 : oujda Le : 25/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : Benaissa

Signature

Signature

Signature

Signature

Signature

Signature

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.

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
25/04/2023	C	0,1	200,00	<i>CLINIQUE PASTEUR</i> Dr. KHALDI Hassane Médecine Générale Yacoubi Mansouria Al Madsem Tél: 05 26 50 82 50 INPE: 081084493

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACE PARC AICHA Bd. Hassouna El Mansouri N13 INPE: 082 082 405	25/04/2023	217,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



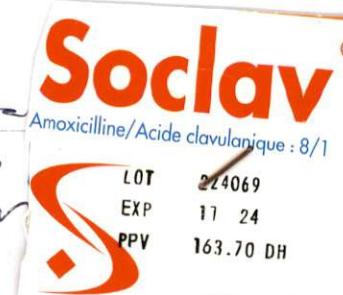
ORDONNANCE

Date : 25/04/2023

Senaiissa Fathia ,

163,7°

Soctav 1p 1
1 soctav 3 fr



309,0

Parasphelan off 1bit
1 4 3 fr



31

Bronchokid 100 ml

1 c/s 3 fr

22,90

217,50

PHARMACIE PARCAIGHA
Bd. Yaacoub Al Mansour 41
Tél: 05 36 50 82 50 - Fax: 05 36 50 82 50

CLINI
Dr H
Mé

Bd. Yaacoub Al Mansour
Tél: 05 36 50 82 50 - Oujda

bronchokod
sans sucre | Adultes

LOT:1172
PER:12/24
PPV:22,90DH



080063464

CLINIQUE PASTEUR

Bd Yaacoub Al Mausour Route Al Maqsem Lot. N° 42-43 - OUJDA

TEL. : 05 36 50 82 50 / 51

DOSSIER N°  Oujda, le 25/04/23

Nom et Prénom : Benissa fatima

Montant versé : 200 dh

Reste : 00,00

N° 009080

Cachet et Signature,

CLINIQUE PASTEUR
URGENCE

Bd Yaacoub Al Mansour
Rte. Al Maqsem - OUJDA
TÉL: 05 36 50 82 50