

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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9335 Société : R. A. M. Court

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

KAISSE Mohamed.

Date de naissance :

1er 01 1951

Adresse :

habituelle

Tél. : 06.41.93.98.77 Total des frais engagés :

967,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

01/01/2023 Age :

Nom et prénom du malade :

MOHAMED KAISSE

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dolours articulaires

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.

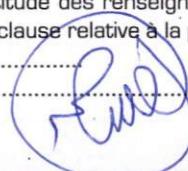
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

DOZ

Le : 01/01/2023

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
01/01/2023	consultation		15000 DT	D.M. 12/12/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Populaire Dr. MOURI Lakbir DMD Zidour	04/11/2023	817,90 DT

122080880

ANALYSES - RADIographies

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

OD.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	00000000	00000000	
	G	35533411	11433553	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur RAGBI Mohammed

الدكتور راڭبي محمد

Médecine Générale

Ex - Médecin Chef de C/S

à Errachidia

Diplômé en Echographie



الطب العام

طبيب رئيسي سابق بدائرة

صحبة بالرشدية

الفحص بالصدى

Dar Ould Zidouh, le : 04/12/2023 دار ولد زيدوح، في:

Pharmacie Populaire
Dr . MOURI Lakh
Dar ould Zidouh
Tel : 05 23 46 54 79

Ordonnance

MOHAMED KAISSÉ 67,00

1) 67,00 fluPex 50

Lot : 2306029
Exp. : 06/2026
PPC : 66,00 dh

2) 66,00 Amixol

Lot : 2306029
Exp. : 06/2026
PPC : 66,00 dh

3) 59,00 IPOSEC

Lot : 230940
Exp. 05/24
PPV: 59DH00

4) 70,90

Phosfer 10 days

$185 \times 3 = 555,00$

5) Safflu 950 mg

Lot : 220932
PER: 08/2024
PPV: 185 DH 00

PROFENID 100MG
CP PEL B30

P.P.V : 70DH90

6 1180000860802

= 817,90 3Barthes

PPV: 185 DH 00

05.23.46.52.99 - الهاتف : PPV: 185 DH 00

109