

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 : 1146

Société : RAM 188260

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUHMI MOHNA

Date de naissance : 148

Adresse :

Tél. : 06.11899751 Total des frais engagés : 494,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/12/2023

Nom et prénom du malade : OUHMI MOHNA Age :

Lien de parenté :

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bronchite aigüe suinteante

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 :

Le : 21/12/2023

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
08/12 23	1C	x1	200 DH	Dr. Soumia GHAMRAZI Médecine Générale Radiographie Générale Technicien : 0522 93 65 99

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Berrechid Halima Marrakech Pharmacie 13 Med Mohamed V Berrechid Tél : 0522324068	08/12/23	294,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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 canalaires, 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	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	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

Dr.Soumia Ghamraoui

Lauréal de la faculté
de Médecine de Casablanca

Médecine Générale
Echographie Générale

الدكتورة سمية الغمراوي

خريجة كلية الطب

بالدار البيضاء

الطب العام

الفحص بالصدى

Berrechid le 08/12/2023 برشيد

65,00 x 2 OUHMI Mouhal

1) Biovanic 500 cp (23.5) S.V
1 cp/j à midi, apres

44,20 x 2

2) Difal 50 mg cp S.V
1 - 0 - 1, apres

68,00

3) Apimax Sirop Eucalyptus S.V
2/1, apres

T: 294,10 1, CAS X

Dr. Soumia GHAMRAOUI
Médecine Générale
Echographie Générale
13 Bd. Marrakech - BERRECHID
Tel: 0522 33 65 99



Pharmacie Berrechid
Halima Marrakchi Pharmaciennes
93 Med Mohamed V Berrechid
Tél: 0522 324058

13, Bd de Marrakech Hay kadiri
Berrechid tél : 05 22 33 65 99

13 شارع مراكش، حي القادرية
برشيد - الهاتف : 05 22 33 65 99

LOT: M0916
PER: 12/2024
PPU: 69,00 DH

DIFAL®
Diclofénac sodique 50 mg
Boîte de 30 comprimés
P.P.V. : 44,20 DH
6 118000 190349

apiMAX

LOT: 23CA0018
EXP: JAN 2025
P.P.C168380 DHS

