

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 la confidentialité des données à caractère personnel



Déclaration de Maladie

M22- 0031552

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 10103 Société : RAM

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom :

AGOUTI. DRISS

Date de naissance :

26/02/1963

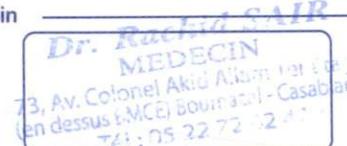
Adresse :

Habituelle

189731 Total des frais engagés : 832,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04 Janv 2024

Nom et prénom du malade : EL DOSSY Age : 60

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète +

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

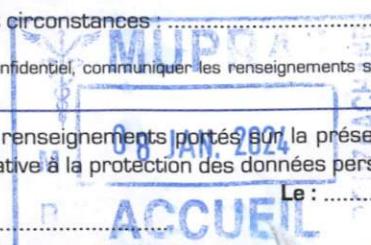
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : 08 JAN 2024

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
04 Janv 2024		1+2x6	200	Dr. Rachid MEDECIN 73 AV. COCHEREAU Tél: 03 22 72 21 en dessus INKEE Bourg 2

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 	4/11/24	632,12

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

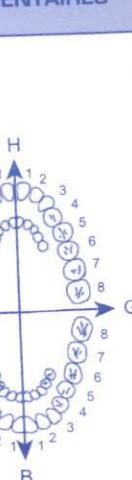
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX		
						
MONTANTS DES SOINS						
DEBUT D'EXECUTION						
FIN D'EXECUTION						

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

Page 55 of 55

25533412 21433552
88888888 88888888

D  G

000000000 000000000

35533411 | 11433553

B

[Création, remont, adjonction]

Functionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

Fonctionnel, Thérapeutique, ...

10. *What is the primary purpose of the following statement?*

Y TEST

—NATL

SCIEN

Dr . Rachid SAIR



الدكتور رشد ساير

طیور

- Diplôme universitaire de Diabetologie
 - université Montpellier France
 - Diplôme en soins avancés en cardiologie
 - université de montréal-Canada
 - Licencié du Conseil Médical du Canada (LCMC)
 - Echographie -ECG

- دبلوم جامعي في أمراض السكري
 - جامعة مونبولي - فرنسا
 - دبلوم رعاية صحية متقدمة لأمراض القلب
 - جامعة مونتريال - كندا
 - ارتفاع الضغط الدموي - أمراض القلب والشرايين
 - طبيب مجاز من طرف المجلس الطبي الكندي
 - الفحص بالصدى - التخطيط الكهربائي للقلب

casablanca le : 04 Janv 2024 في :

الدار البيضاء في :

Early Latin

92L7.45 ~~21/06/2013~~
18.30 ~~26.00~~
80.00 ~~D~~ ~~2013~~
40.5 ~~D~~ ~~2013~~
270 ~~01/06/2013~~
15 6344

Dr. Rachid CAIR
MÉDECIN
73, Av. Colonel Al-Jaïd - 1000 Casablanca
(en dessus CINCI - 1000 Casablanca)
Tél : 05 22 72 22 22

73, شارع العقيد العلام - الطالب الأول (فوق بنك BMCE) - بورنازيل - البيضاء - الهاتف : 05 40 13 12 91 / 05 22 72 42 42
73, AV Colonel Akid Allam 1 étage(En dessus BMCE) - Bournazel - Casablanca - Tél: 05 40 13 12 91 / 05 22 72 42 42

27,00

01:09/23/03
P.R: 05/2025
PPV: 27.00 DH

89,00

18,30

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)
PPV 46.90 DH SOTHEMA



6 118001 070015

قرصاً مغلفاً أو 84
نفخ الأمعاء

AMAREL 3MG
CP 830
P.P.V: 92DH10
6 118000 060017

0

18,30

18,30

AMAREL 3MG
CP 830
P.P.V: 92DH10
6 118000 060017

0

18,30

AMAREL 3MG
CP 830
P.P.V: 92DH10
6 118000 060017

0

18,30

AMAREL 3MG
CP 830
P.P.V: 92DH10
6 118000 060017

0