

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-663674

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

09054

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL BYAD

BOUCHRA

Date de naissance :

13/03/1965

Adresse :

PROBM

Tél. :

0676954581

Total des frais engagés :

195834

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Soňa EL MESBAHI
Dermatologue Vénérologue
rue Ryad Al Qods, GH 3
Immeuble 1, N° 6 - Bd Al Qods
CASA - Tel: 0522 28 05 59

Date de consultation :

13

Nom et prénom du malade :

EL BYAD Bouchra

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Douleurs post 2 sustentaculaire

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

Fait à :

CRISTALINIC

Le :

13/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

ACCEUIL
2024
1 FEV 2024
MARS 2024
AVRIL 2024
MAI 2024
JUIN 2024
JUILLET 2024
AUGUST 2024
SEPTEMBRE 2024
OCTOBRE 2024
NOVEMBRE 2024
DECEMBRE 2024

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
AB/1/24	CS	1	300,00	INP : 09146305 Dr. Sona M. BAI Dermatologue Vénérologue Rés Ryad Al Qods, GP Imm 1, N° 6 Bd Al Qods CASA - Tél: 0522 38 05 59

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
092036946	13/4/2084	750,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

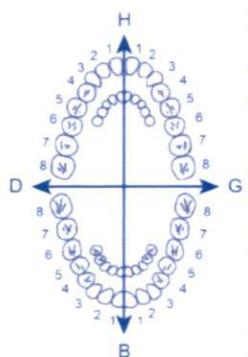
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

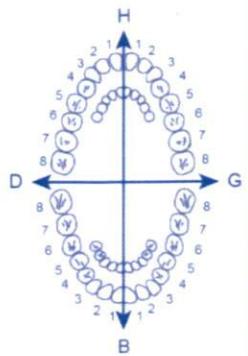
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SURFACE D'EXÉCUTION
COEFFICIENT



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXÉCUTION

FIN
D'EXÉCUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur SOFIA

DERMATOLOGUE

Allergologie
Dermatologie Pédiatrique
Chirurgie Dermatologique
Médecine Esthétique
Laser



الليز

Le :

13/01/2024

Mme EL BYAD BOUCHRA

28,80 x 3

1 - Vitanevril fort

1 Gélule, 3 fois par jour pendant 1 mois

2 - Nupentin 400 mg

1 Comprimé, 3 fois par jour pendant 1 mois.

3 - Laroxyl gouttes

07 Gouttes le soir

4 - RAZON 40 mg

1 Comprimé par jour

85,20

Dr. Sofia EL MESBAHI
Vénérologue
Rés Ryad Al Qods, GH 3
Imm 1, N° 8 - Bd Al Qods
CASA - Tél: 0522 38 05 59



Ain Chock



PPV: 04/26
PER: 05/26
LOT: M3071