

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 : 9416

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : i. GHIOUER HICHAM

Date de naissance : 09/01/1983

Adresse : 10000 Casablanca

Tél. : 0661976122 Total des frais engagés : 10000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور الرنطي محمد
طب العام
طبيب خير مخلف لدى المحاكم
06 70 21 68 81 - 05 24 34 77 02

Date de consultation : 06/01/2024

Nom et prénom du malade : i. GHIOUER HICHAM Age : 50

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Arthrose genou

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Arthrose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Chute

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 : 01/01/2024

Le : 23/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
22/12/2027	C	C	A 20	الدكتور محمد الطالبي طبابة خبر مختار لـ 25 جانفي 183 624347702

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INDE: 092079649 CENTRE PHARMACIE GOLF CITY Centre commercial les Jardins de Casablanca 9, Rue des Moulins Casablanca 052 957 00 C9	22/12/23	202,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

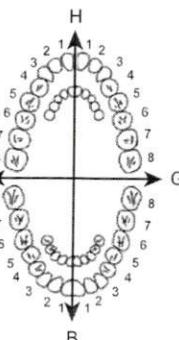
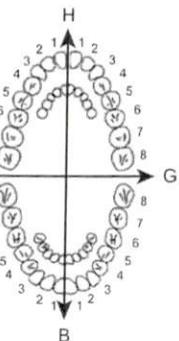
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS

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	Montant des Honoraires	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 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553			MONTANTS DES SOINS
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires		DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

ORDONNANCE

الدكتور الزنجلي محمد

الطب العام

طبيب خير محف لدی المحاکم

06 70 21 66 81 - 05 24 34 77 02

Naedler, Le: 22/12/2023

Nom = Hichem Igħioner

14,00 x 3

- Draper 100

15

28,00 x 3

- Shadol 150

15

150

23,80 x 2

- Linsokeni

3

30,00

Humero

15

PPU 23DH30
EXP 05/2025
LOT 19025 15

202,60

150

300 300



PPV: 14DH00
PER: 10/26
LOT: M2205

14,00
PPV: 14DH00
PER: 07/26
LOT: M2214

PPV: 14DH00
PER: 06/26
LOT: M2288

STEPHARMACE GOLF CITY
Centra commerçante de la baie de Tanger
Rue des Etats-Unis, 10300 Tanger
Tunisie

الدكتور الزنجلي محمد
الطب العام
طبيب خير محف لدی المحاکم
06 70 21 66 81 - 05 24 34 77 02