

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.

M23-0019675

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>04921</u>	Société : <u>R.A.M</u>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <u>Adnane Mohamed A 97049</u>	
Date de naissance : <u>01-01-1959</u>	
Adresse : <u>17 Bd la résistance Hay Ennour</u>	
Tél. : <u>06 68 44 87 05</u>	Total des frais engagés : <u>565,10</u> Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/01/2024

Nom et prénom du malade : ZIAT Age : _____

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : Mylose Conjoint :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Patho 100/13166

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 : Berrechid Le : 28/12/2024

Signature de l'adhérent(e) : J. Jelut



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
26/02/2024			200 DH	<i>[Handwritten signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten signature]</i>	26/02/24	365,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

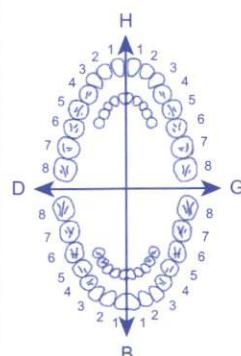
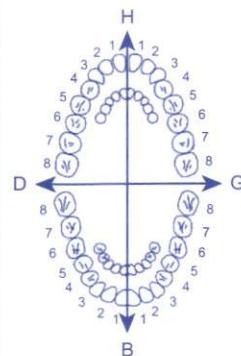
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX									
													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<div style="margin-bottom: 10px;"> DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right; padding-right: 10px;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: left;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td>35533411 11433553</td> </tr> </table> </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; height: 150px;"></div>				H	25533412 21433552	D	00000000 00000000	B	00000000 00000000	G	35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS
H	25533412 21433552												
D	00000000 00000000												
B	00000000 00000000												
G	35533411 11433553												
													
DATE DU DEVIS													
DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

~~LOT:1144
PER:12/26
PPV:39DH20~~

IAICHA

~~LOT : 7326
PER : 09-25
P.P.V : 187DH00~~

غیری عائشة

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Q.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Daktarin gel buccal t40g
P.P.V : 53,00 DH

Ancien médecin à l'hôpital Mohamed B

Diplôme en échographie de l'université

Paris Descartes

Diplôme en diabétologie

ة بمستشفى محمد بوادي

ی من جامعه بارس دیکارت

دبلوم مرض السكري من جامعة الطب والصيدلة

الرباط -

Berrechid le برشید فی 26 FEB 2024

26 FEV. 2024

ZIAT FATHI MA

i) D'ARTAN

467

g No e And 150 ~~7271~~ melt (6 km)

2640

3) Kept up

λ_{eff} , v_a

to ALCAN by  Fischer & Sj. (A.)

3913

8) OM1220¹⁵ Prof. Abrey

6) Spineless
~~insectivorous~~

185 ، الطابق الثاني شارع حسان بن ثابت حي الزهراء برشيد : 62 62 51 22 05

PPV:46DH70
PER:07/27
LOT:M2467-2

365,10

Aicha
Aicha
Berrechia
185 Apt. N° 204
ITE Hay Azaouia
Medecine Générale
Berrechia
LOT: 7584
PER: 09-2

LOT: 7584
PER: 09-26
PPV: 36DH40