

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.

N° W19-528245

197540

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8767

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOURID Khadid

Date de naissance :

17.07.64

Adresse :

88 Rue Hamra Ben Ali

Tél. : 0661338657

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/03/2024

Nom et prénom du malade :

MOURID NISSRINE

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection Gynécologique

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/03/2024

Signature : M. KACOURI



RELEVÉ 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
04.03.24.			255011	Dr. Vautier 1091119300 Gynécologue Bd. 2 Mars Angèle Bd. 12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37 1er Elég. 05 22 86 35 30 05 22 86 35 37 el. 05 22 86 35 30 05 22 86 35 37

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HANAU 18. BIS Rue de Rungis Tel. 06 34 00 00 00 Tel. 06 34 00 00 01 RC 318893 ⑤	04/03/2024	200,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

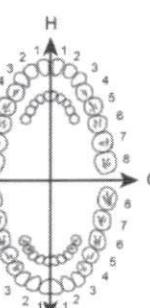
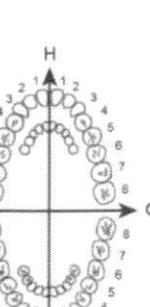
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="padding: 0 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">B</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 0 5px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Importateur Exclusif
Biogedex Maroc
www.biogedex.ma
P.P.C. 59.00 DH

Gynécologie - Obstétrique
Maladies Du Sein - Stérilité
Chirurgie Gynécologique

87,30



DIFLUCAN®
150 mg FLUCONAZOLE
UT. AV.
LOT N° 12 25 P.P.V.S.
GME 020

عيادة أمراض النساء والدكتورة لطيفة رثرا

اختصاصية

أمراض النساء والتوليد
أمراض الثدي - العقم
جراحة أمراض النساء

Casa, Le 06.03.2014

Dr. Latifa MISSASSI

(2) 53,70

Diflucan 150 S.V.

1 pc en 1 seule pris

(2) 59,00

Safzelbe

S.V.

1 pc

(3) 87,30

Demoflor curee

1 pc

1 = 200,00

Dr. Latifa REGGAGI
Gynecologie Obstetrique
122 Bd. 2 Mars Angle Bd. Mly. Idriss
1er Etage - Casablanca
Tel. 05 22 86 35 36-05 22 86 35 37

PHARMACEUTIQUE LM
28, Bis Rue de l'Industrie Casablanca
Rue de Bouzid Casablanca
Tel. 05 22 85 43 95
RC 318383 Tel. 05 22 85 43 95
CP 00 06 07 08
Tél. 05 22 86 35 36-05 22 86 35 37
SIREN: 00011791000087