

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9479 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ROCHDI M'hamed

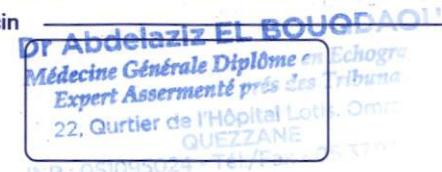
Date de naissance : 14-6-55

Adresse : Don Jera el Ghali 7, Rue Le m

Tél. 0621999996 Total des frais engagés : 485,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/10/2024

Nom et prénom du malade : ROCHDI M'hamed Age : 69

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Syndrome grippal et bronchites

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 : CA Le : 29/10/2024

Signature de l'adhérent(e) : ROCHDI M'hamed

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
29/02/2024	C	1	106,00	Abdelaziz EL BOUQDAOI Médecine Générale D'Urgence en Echo- Expert Assermenté près des Tribunaux 22, Quartier de l'Hôpital Lotis - 05379- QUEZZANE INP : 051095024 - Tél./Fax - 05.37.9...

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMA C M 28 Bis Rue Salomé 43150 Rue de Rome 228543150 Tél. 05 22 85 07 00 Fax 05 22 85 07 00 INP : 051095024	29-2-24	385,00

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
		AM	PC	IM	IV	

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	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of the dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches. A coordinate system is overlaid with H at the top, G at the right, D at the left, and B at the bottom. The teeth are numbered 1 through 8 in a clockwise direction starting from the upper				

Dr Abdelaziz EL BOUQDAOUI
Médecine générale Diplôme en Echographie
Expér̄t assermenté près des tribunaux
22,Qu, de l'hôpital lotis, OMRANA
QUEZZANE



الدكتور عبد العزيز البوقداوي
الطب العام والفحص بجهاز الإكогرافية
خبير محلف لدى المحاكم
حي المستشفى تجزئة عمرانة
وزان

LOT 231388
EXP 04/2025
PPV 121.40DH

Fax 05.37.90.72.26

ORDONNANCE

LOT 231388
EXP 04/2025
PPV 121.40DH

Quezzane le : 29/02/2024

Nom et Prénom : ROCHAI M'HAMED

42.5	1 max.	400g
19.40	19.6	
2	Quartine	1g
708	17.6	
49.60	2 one fil	(A)
3	17	1/ser
22.60	1 Taxol	5g
4	17	5g

PPV:70DH00
PER:09/25
LOT:M3067

PPV: 49, 60 DH
LOT: 23H10
EXP: 08/2026

PPV (DH)

LOT N° :

UT. AV.:

22. Qu de l'hôpital Iots OMBANA QUEZZANE

موکسول