

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 |
| Athésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5459**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAHOUI DRISS

Date de naissance :

21/08/58

Adresse :

LOT : SAFSAF N° 63 MARRAKECH

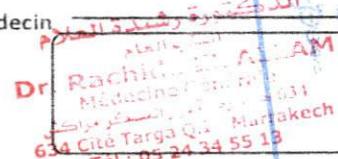
Tél. : **0619.83.21.07**

Total des frais engagés :

377.80

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



13 SEP. 2019

Date de consultation :

NAIMA CHAHOUI

Age: **60 ANS**

Nom et prénom du malade :

Conjoint

Lien de parenté :

Enfant

Nature de la maladie :

lombalgie

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 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 :

Le : **13/09/2019**

Signature de l'adhérent(e) :

El Alami

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
14/09/2014	Échographie échocardiographie		150,00 DH	INP : 0711047104 Signature : Dr. ALLAM Centre hospitalier universitaire de Marrakech 13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Alfonso</i>	M. 09 / 19	227.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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'OC.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS														
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION														
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS														
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS														
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Dr. Rachida EL ALLAM

Médecine Générale

Diplômée en Echographie Générale

Diplômée en Diabétologie

Médecin qualifié à effectuer

un contrôle pour

obtention du permis de conduire

634, Hay TARGA- Douar El Asker
(au Dessus Pharmacie Ibn Baytar en Face
Hôpital Castour) - Tél : 05 24.34.55.13 - Marrakech

الدكتورة رشيدة العلام

الطب العام

مجازة في الفحص بالصدى الصوتي

مجازة في داء السكري

طبية مؤهلة لإجراء الفحص الطبي للحصول

على رخصة السياقة

634، حي تاركة دوار العسكر فوق صيدلية ابن بيطار

أمام مستشفى كاسطون - مراكش

الهاتف : 05.24.34.55.13

Marrakech, le : 14 SEPT 2019 مراكش، في :

Rachida - Naima

169.0

PPV: 169DH00
PER: 06/22
LOT: 11512-42

- Dalicox 90 (S)

30.0

Comp
LOT: 181860
PER: 11-2020
PPV: 30,00DH

- Sedalgin (S)

midli opas

soi eras

PPV

LOT

PER

28,80

- Vidaneuril (S)

PPV

LOT

PER

33,66

227.80

الدكتورة، رشيدة العلام

Dr. R. El Allam
634 Cite Targa Qs
Tel : 05 24 34 55 13

الدكتورة رشيدة العلام

الطب العام

مجازة في الفحص بالصدى الصوتي

مجازة في داء السكري

طبية مؤهلة لإجراء الفحص الطبي للحصول
على رخصة السياقة

634، حي تاركة دوار العسكر فوق صيدلية ابن بيطار
أمام مستشفى كاسطور - مراكش
الهاتف : 05.24.34.55.13

Dr. Rachida EL ALLAM

Médecine Générale

Diplômée en Echographie Générale

Diplômée en Diabétologie

Médecin qualifié à effectuer
un contrôle pour
obtention du permis de conduire

634, Hay TARGA- Douar El Asker
(au Dessus Pharmacie Ibn Baytar en Face
Hôpital Castour) - Tél : 05 24.34.55.13 - Marrakech

Marrakech, le : 14 SEPT 2019

مراكش، في :

M. Lahouai Naima

Echographie abdominale

- Vesicule biliaire dilatée

- La rate dilatée purulente

- Libre, rate, et reins sont
dans l'aspect échographique

Conclusion = Echographie abdominale
normale

Dr. R. EL ALLAM
دكتورة رشيدة العلام
634 Cité Tariq
Tél : 05 24 34 55 13

