

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1461 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MA. IMANE Ahmed

Date de naissance : 01-01-51

Adresse : 05 Rue Sad Al Wahda BERRICEN 20

Tél. : 0661.052642 Total des frais engagés : 511,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/10/2020

Nom et prénom du malade : Imane Ahmed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA, Bronchite

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 : Casab

Le : 27/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
16.10.2020	CS		150 DT	DR. S. EL CAIDA Dentiste Métraliste S. EL CAIDA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Chapuis 102, AV. Moulai Ismail, 26100 Zerreichid - Tel. 0522 337229 INPE : 062018379	16/10/2020	391,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Docteur Sarah BELCAIDA

Médecine Générale

- Diplôme universitaire en échographie
- Diplôme universitaire de Gynécologie suivi de grossesse et infertilité de l'université de bordeaux - France
- Electrocardiogramme
- Visite pour permis de conduire



الدكتورة سارة بلقيدة

الطب العام

- دبلوم الفحص بالصدى
- دبلوم أمراض النساء، تتبع الحمل والعمق من جامعة بوردو - فرنسا
- التحفيظ الكهربائي للقلب
- فحص رخصة السياقة

Ordonnance

Berrechid le : 16. 10. 2022

Imane Ahmed

BERRADA Omar

Pharmacie Chaouia

182, Av. Moulay Ismail, 26102

Berrechid - Tél : 0522 33 72 29

INPE : 062476379

LOT : 5755
PER : 10-21
P.P.V : 99DH00

99,00

S.V

- Acflau 15

185,20 150 x 2 Jr 06/18

S.V

185,20

- Suliat 160 15 Jr

79,50 140 Jr

S.V

- Fito polis

100 S x 3 Jr

PPV: 1ADH00
PER: 07/23
LOT: J2024

- Doliprane 160 tablets

14,00 140 x 3 Jr

S.V

PPV: 14DH00
PER: 07/23
LOT: J2024

T = 391,70

BERRADA Omar
Pharmacie Chaouia
182, Av. Moulay Ismail, 26102
Berrechid - Tél : 0522 33 72 29

20. شارع محمد الخامس بجنة نصر الله قرب متحفية المعلم (فوق BMCE بنك)

20, Bd Mohamed V, lotissement Nasir Allah (en dessus de BMCE Bank) - Berrechid

الهاتف : 05 22 33 68 30