

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.

biologie 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.

tique :

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

48582

Déclaration de Maladie : N° P19- 0012363

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7140 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : H. DAHAN Rhia Date de naissance : 30.06.60

Adresse : ville N° 5 Rue Sad AL WAHDA Reggagh BERRICH

Tél. : 0661447818 Total des frais engagés : 338,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/10/2020 23 NOV. 2020

Nom et prénom du malade : Dahan Rhia Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA + Traumatique pied droit + Plante

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements soumis confidentiellement à l'absence 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 : BENZERKAOUD Le : 20 NOV. 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				ASQDH
				Dr. M. EL AIDA Généraliste Bureau: 522-33-30

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Chouaid 182, Av. Moulay Ismail Berrechid - Tel.: 0522 33 72 29 INPE: 062018379	16/10/2020	188,70

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux	
				MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G D 00000000 00000000 B	MONTANTS DES SOINS	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 والعقم من جامعة بوردو - فرنسا
- التخطيط الكهربائي للقلب
- فحص رخصة السيارة

Ordonnance

Berrechid le : 16. 10. 2020

Dahan Rkia

68,90
- Fludex S.V
 140 Jx la matin.

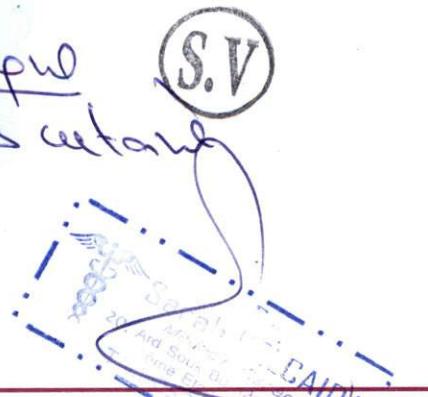
90,80
- Astaph 500 S.V
 140 x 3 Jx pdt 08

29,00
- Antitoxine Tetanique S.V
 140 Jx sous aétanq

= 188,70



BERRADA Omar
 Pharmacie Chaouia
 182 AV. Moulay Ismail, 26102
 Berrechid - Tél. : 0522 33 72 29
 062018379



26 شارع محمد الخامس بجزئه نصر الله قرب مخبزة المدينة (فوق BMCE بنك)
 20, Bd Mohamed V Lotissement Naser Allah (en dessus de BMCE Bank) - Berrechid
 Tél.: 05 22 33 68 30