

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

Informations 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.

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.

Optique :

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.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

54948

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023678

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1707 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GOUAÏR Date de naissance : 3-12-56

Adresse : Rue 6 N°2 Coop. chabab Hay EL houda

Tél. : 066.104.5704 Total des frais engagés : 403,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BEKKAI Laïla
134, Bd El Fida Hay Yasmine
3 - PRECHID
GSM. 061.56.93.14

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/10/2020

Nom et prénom du malade : Gouair Malika Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : BP

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels 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 : RAM

Le : 12/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : Malika GOUAÏR

ACCUEIL
RAM
MUPRAS

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
27/10/2020	Q	A	150DH	 Dr. El Fida Hayat Bd A. OUREKCHI 34 G.M. 06.56.9.214

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/10/20	253,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan d...

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-4), upper left (5-8), lower left (9-12), and lower right (13-16). The arch is oriented with a vertical axis and a horizontal axis. The vertical axis has markers H (top) and B (bottom). The horizontal axis has markers D (left) and G (right). The teeth are numbered 1 through 16, with some numbers appearing twice (e.g., 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur BEKKAI Laila
Médecine Générale
Diplômée de l'Université de DAKAR

Dr. BEKKAI Laila
134, Bd El Fida
2^{er} étage - Hay Yasmina
Téléphone : 06 61 56 93 14
Tél : 06 61 56 93 14
Berrechid, le : 27/10/2022

ORDONNANCE

1 - Diamicron 60 mg

17,90 x 3 1 - 0 - 0

DIAMICRON® 60 mg
Glicazide
30 Comprimés sécables à Libération Modifiée

2 - Metformine Win 850 mg
0 - 1 - 1 x 04 mois

LOT : 20E008
PER. : 03 2022
METFORMINEWIN 850 MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

LOT : 20E001
PER. : 01 2023
METFORMINEWIN 850 MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

Travailler d'
04 mois

T 253,40

06 61 56 93 14 , شارع الفداء، حي ياسمينة الطابق الأول ميرشيد الهاتف :
134, Bd El Fida, Hay Yasmina, 1^{er} Etage - Berrechid - Tél : 06 61 56 93 14