

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.

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.

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.

Entaire :

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

Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04459

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LIMIMOUNI Fouad

Date de naissance : 07-06-1959

Adresse : Boul. Hassan II BP 150

Tél. : 06 61 43 00 65 Total des frais engagés 575,72 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 3/12/2021

Nom et prénom du malade : A. RABATI Rachid Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Maladie psychotique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous ce caractère 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/12/2021

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 Relèvement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 3.12 | 2x2x | ca | 300,00 | DR. DIOUDOU ABDELLAH CHAHATE MEDECIN - PSYCHIATRE 15, RUE MOULAY RACHID - APPT TEL / FAX : 05.37.70.96.36 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE OURIBER Dr. Adil HAJI Docteur en Pharmacie Hay Lalla Meriem 2 Bloc B Rue 4 Numéro 51 Benslimane Tel : 05 23 29 75 32 | 12-20-20 | 275,70 |

ANALYSES - RADIographies

| 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|---|---|---|---------------------------------|
| | | A | M | P | C | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

H

G

B

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. DIDOUH Abderrahmane
Medecin - Psychiatre
Psychothérapeute

Ancien Médecin-chef des Hôpitaux Psychiatriques
de Berrechid et de Tanger
Ancien Chef du Service de la Santé Mentale
et des Maladies Dégénératives au Ministère de la santé

الدكتور ديدوح عبد الرحمن
طبيب اختصاصي في الأمراض العقلية
والنفسية - التحليل النفسي

طبيب رئيسي سابقًا لمستشفيات
الأمراض العقلية لبرشيد وطنجة
رئيس سابقًا لمصلحة الصحة العقلية
والأمراض المترتبة بوزارة الصحة

Rabat, le 3.12.2020

دواء Ammonium

Rochi de SER

LOT : KE0011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

LOT : KE0011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

LOT : KE0011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

LOT : KE0011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

LOT : KE0011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

LOT : KE0011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

LOT : KE0011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

LOT : KE0011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

LOT : KE0011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

LOT : KE0011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

LOT : KE0011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

LOT : KE0011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

LOT : KE0011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

LOT : KE0011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

LOT : KE0011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

LOT : KE0011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

LOT : KE0011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

LOT : KE0011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

LOT : KE0011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

LOT : KE0011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

LOT : KE0011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

LOT : KE0011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

LOT : KE0011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

LOT : KE0011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

LOT : KE0011
PER : DEC 2021
PPV : 80,00 DH

DR. DIDOUH ABDERRAHMANE
MEDECIN-PSYCHIATRE
15. RUE MOULAY RACHID APPT 1
HASSAN RABAT
TEL / FAX : 05.37.70.96.36

3 nu