

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11873

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

WASSOU ZINGER YEBENOUAR

Date de naissance :

1945

Adresse : Cité Royale Rue 1 N° 72 Bay Hassan

ASA

Tél. : 2663 400 516

Total des frais engagés :

816,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : WASSOU ZINGER

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Bombilité ai jera

.....

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 : CASABLANCA

Le : 10/11/2011

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)

H.F.A.

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
10/11/2013	①	3000MT	Pr. Abdelaziz Ben Abdellah - Pneumo-Phisiologie Allergie et Immunologie - Capital Center 1er Flage - Tel:(212) 522 99 66 24	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE POLYCLINIQUE DR TIR SOAD SIAZI 68, Rte. M6 Thann - 68116 Strasbourg Tél. : 022 98 21.67 CASA	22/11/2010	516,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

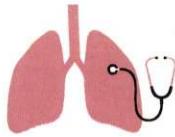
Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca

Diplômé A.F.S.A (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.I.C.O. / Gaz du sang



الدكتور عبد العزيز باخطار

أستاذ التعليم العالي سابق

بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة A.F.S.A (شهادة التدريب المتخصص

المعمق بمستشفى بوجون باريس)

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم

10.11.2022

Casablanca, le

الدار البيضاء، في

15 Mme WASSOU ZINEB

15

1 ZITHROMAX 500 MG

UT.AV.: 31 2024

P.P.V.

79 70

LOT N°: FX 2577

09366030/4

1 par jour, avant le repas, pendant 3 jour

338,00 15 2 SERETIDE DISKUS 500 µg/50 µg/dose pdre

Prendre 1 bouffée le matin et le soir, pendant 1 mois. Se
de l'eau ou se brosser les dents après usage

3 DOLIGRIPPE 500 MG SACHET

PHARMACIE
DR. T. BAKHATAR
58, Route Mly Thami - Hay u
1010 0522 9022

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV:338,00 DH
ID:649147
6 118001 141111

39,00 15 4 OEDES 20 MG

LOT 21/263
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

1 par jour, avant le repas, pendant 3

516,00

Abdelaziz BAKHATAR
Physiologue
Télécommen. Angel B.
Tél: (021) 522 99 66 24
1er Etage Anoual
N° 5