

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 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W21-717508

13773
 Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 09311

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL ASRI MOUSTAFA

Date de naissance :

26/09/1973

Adresse :

ROUTE N° 9 LOT ERRA DRI BERRECHID

Tél. :

06 66 82 78 85

Total des frais engagés : 413,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HACHIM EL BARDI
Dermatologie - Venereologie
Résidence Ibn Khaldoone
Appt 2 - BERRECHID

Date de consultation :

12-10-2022

Nom et prénom du malade :

EL ASRI Fatima Age : 49

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

dermatose

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 :

Le : 13-10-2022

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
12/10		2	250,00	INP : <i>DR HACHIM EL BARDI</i>
26/10				<i>DR. HACHIM EL BARDI Dermatologie Venereologie Résidence Iba Kaldoune 1000 APL 2, BERRECHID T. 022.32.77.55</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Dénommisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE AÏAD Collissement ERRABII N° 475 Berrechid T. 05 22 33 61 62 جباري</i>	12/10/22	463,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

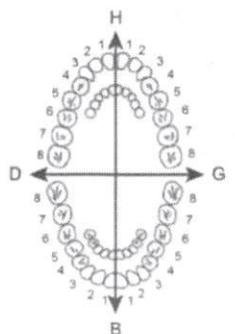
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

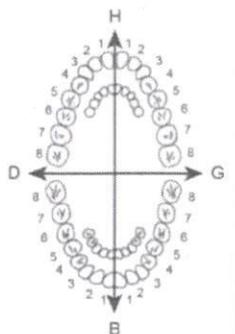
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Naima HACHIM EL BARDI

Ancien dermatologue à l'hôpital militaire
DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE

Maladies de la Peau - Cuir Chevelu - Ongles
Medecine Esthétique - Allergologie
Chirurgie de la Peau - Epilation et Traitement Laser
Maladie Sexuelle transmissible



الدكتورة نعيمة هاشم البرداعي

اختصاصية سابقاً بالمستشفى العسكري

اختصاصية في أمراض الجلد

الشعر - الأظافر

طب التجميل - الحساسية

إزالة الشعر - العلاج بالليزر

جراحة الجلد - الأمراض التناولية

Berrechid, le 12.10.2022

نعتي إل أوري فاتمة زهوة
189,-



1) لستاموس الج سعر -

234,-



140,-



140,-

4) دليل تغذية للأطفال
40,-

3) دليل تغذية للأطفال
40,-



دواء 100

140,-



46350

ARU 101

