

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

- 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.

N° M21- 1053866

163345

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13145 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

ELFENAHI MAHMOUD

16/03/1994

Nom & Prénom :

Date de naissance :

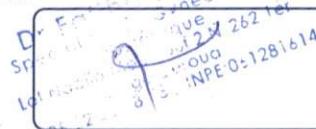
Adresse :

Im 6

Tél. : 0622121811 Total des frais engagés : 605,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/05/2023

Nom et prénom du malade : NOUREL HOUA, EL HIRICHI Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

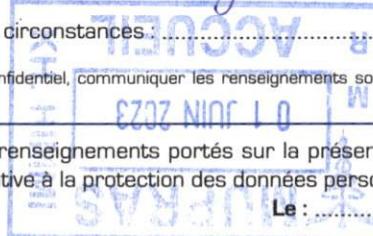
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DU MONT D'OR 62078985</i>	5/7/13	305,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Fatiha El Miski

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Diplômée de la Faculté de

Médecine de Casablanca

Ancien médecin résidente

Du CHU Ibn Rochd



الدكتورة فاتيحة المiski

أخصائية أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة سابقة بالمستشفى

الجامعي ابن رشد

DEROUA le: 05.05.2023

ORDONNANCE

6

NOUR EL HOUA EL HICCI

53,00
11

relaxol 500g

exp: 01/04/2024 pl 7j

N°144 DEROUA 252514

PHARMACEUTIQUE ALKHADIR

133, 21

Epinel

1g pl 7j

97,30

Dansha cuur

cuur

dapp 15 pl 15j

32,00

Liclo cuur gel
lapp 2 pl 7j

Dr. Fatiha El Miski
Spécialiste en Gynécologie
Lot Nabila Mekhlouf 2 N°262 1er
Téléphone: 05 22 03 78 78 / Urgences : 06 69 96 52 51 / Email:cabinet.drelmiski@gmail.com

Lotissement Nabila Mekhlouf 2 N°262 1er étage Deroua.

تجزئية نبيلة مخلوف 2 الرقم 262 الطابق الأول الدروة

FIX: 05 22 03 78 78 / Urgences : 06 69 96 52 51 / Email:cabinet.drelmiski@gmail.com

Lot N° : EP02

Exp : 07/2024

PPC : 133.00 DH

LIDOCAINE VISQUEUSE
LAPROPHAN®

PPU : 53 DH 10
EXP : 07/2024
LOT : NO 001

REF : 01
9222 20 44001V
A00001V

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.U : 53DH10



GEL ORAL POUR
ANESTHESIE DE CONTACT