

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0378 Société : RAM ND

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMINE fatima

Date de naissance : 01/07/42

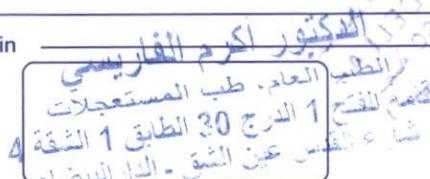
Adresse : HAY HABIB ALLAL BEN ABDELLAH Rue 269 N° 19

..... Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : 344,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22 MAI 2023

Nom et prénom du malade : AMINE fatima Age: 70 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Epilepsie et maladie de l'acétopathie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22 MAI 2023	Cn		1000 # 4	الدكتور اكرم الفارس طب العادة. طب النساء اقمة الفح 1 2023 الطب العادة. طب النساء

EXECUTION DES ORDONNANCES

Prix du Pharmacien du fournisseur	Date	Montant de la Facture
Prix du Pharmacien du fournisseur	22/10/1993	144.02

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). A vertical H-axis points upwards, a horizontal D-axis points to the left, and a horizontal G-axis points to the right. The arch is symmetrical about the vertical H-axis.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Akram EL FARSSI

Médecin Généraliste

Médecine Générale - Médecine d'urgence

Echographie - Electrocardiogramme

الدكتور أكرم الفارسي

طبيب عام

الطب العام - طب المستعجلات
الفحص بالصدى - تخطيط القلب

Casablanca le : 22 MAI 2023

Ordonnance

Mme AMINE FATIMA

75.00

carboplus cp

1 cp x 3 / jr pendant 10 jours

27.00

ALIVIAR 50 MG GÉLULE BOÎTE DE 20

1 gel /jr pendant 3 semaines

42.00

OMIZ 20 MG GÉLULE BOÎTE DE 14

1 gel /jr pendant 2 semaines

144.00

PPC : 75,00 DH
V002-ETCARB30CPMC

6 111250 430333

LOT : 0392300
PER : 02/2028
PPV : 27.00 DH

LOT : 2215
PER : 02-26
PPV : 42DH00



05 22 52 26 67

en cas d'urgence



06 60 70 91 21

05 22 21 87 78

إقامة المفتح 1 ، الدراج 30 - الطابق الأول شقة رقم 4 ، شارع القدس
حي مولاي عبد الله ، عين الشق - أمام مقهى كنوز - الدار البيضاء



contact@dr-elfarissi.com



www.dr-elfarissi.com