

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Nº W21-798411

168449

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12369		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ABERTRIM
Nom & Prénom : DAHABI		Date de naissance :	
Adresse :		Tél. : 06 62 77 20 11 Total des frais engagés : #645,80/- Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Dr. LAKHDAR GHAZAL Latifa			
Endocrinologue - Seziologue			
2, Rue Frio Itto Imm. Zagoura HOC, Agdal, Rabat			
Tel. : 212 (0)5.37.77.21.32			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 01/06/2023			
Nom et prénom du malade : SOUMATI Hayat- Age:			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Hypothyroïdie + hyperthyroïdie			
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 : Casab

Le : 08/06/2023

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
01-06-23	S - 1	3000 Dhs		<p style="text-align: center;">  INP DR. LAKHDAR GHAZAL Latifa Endocrinologue - Sebagh 2, Rue Firdio Imm. Zagoura B.P. 1000, Rabat  INP +212 05 37 77 21 32 </p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>SHARMACIA PHARMACIE LAHMOUAD MOSQUEE NA SI D 05 37 15 40 102061371540</i>	04/06/23	345.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

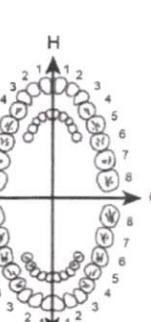
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$\begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array} G$ <p>[Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession]</p>			
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>			
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>			
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>			
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. LAKHDAR GHAZAL Latifa

**Endocrinologue & Sexologue
Diabétologie et Nutrition**

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux de Nice
Diplômée de la Faculté de Nice-France

الدكتورة الاخضر غزال لطيفة

إختصاصية في أمراض النساء

Rabat, le : 07-

M^{me} Soumati Hayat.

74,60

mufle of

Lot:

C78715
01 2024
172 DH 20

070535

1 M 17

livstheps

Lot:

C81179
02 2024
74 DH 60

070526

1 M 1.

99,00

Magneice

Lot:

EXP:
PPV:

EXP:
PPV:

74 DH 60

070526

172,60

1 M 11

mufle .1 m

1 M 15

365,80

Q.W 2 M

Dr. LAKHDAR GHAZAL Latifa
Endocrinologue - Sexologue
2, Rue Frio Itto Imm. Zagoura RDC, Agdal, Rabat
Tél: +212 (0)5 37 77 21 32 - GSM : 06 61 44 31 33 - E-mail : latefaendo@gmail.com
INP : 101090900 - ICE : 00218219000071