

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

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



Déclaration de Maladie M23-004583

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10344

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Boufakri

1968

Mohamed

A81532

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0668 197659

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04 / 10 / 2023

Nom et prénom du malade :

FADILA BOUFAKRI

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

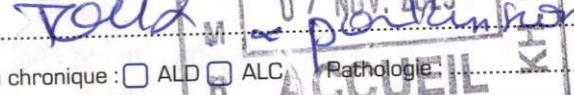
Enfant

Nature de la maladie :

Fadila

Pathologie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC



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 : Berchid

Le : 04 / 10 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Berchid

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
04/10/2023			200 DT	Dr. GHANI Médecine générale 185 / 100 % TABIBI
				Aicha Vanra - Berrechid

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie ALAFAC 1.3.5 Rue Iisa Alau Mad - BERRECHID - Tél: 05 22 33 64 01	04/10/23	252,03

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

Ancien médecin à l'hôpital Mohamed Boaifi

Diplôme en échographie de l'université

Paris Descartes

Diplôme en diabétologie

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى محمد بوافي

دبلوم الفحص بالصدى من جامعة باريس ديكارت

دبلوم مرض السكري من جامعة الطب والصيدلة

-الرباط -

Berrechid le 04 OCT 2023 برشيد في

Abou FID FADIL A



1 Kepred 20
36,40 Sypmot (fj)

87,00

2 Bienvanic 500 1pl. (fj).

99,00

31 oedur 20, yelazif. Mtegu.

13,30

41 ARTANES 1cp l'mois

16,30

51 Desiprotil amyg 1 cp - 30. Mtegu

252,00

Pharmacie ALAFAC
135 Rue Ibn Al-Aïch
BERRECHID
Tél: 05 22 33 64 01

Pharmacie ALAFAC
135 Rue Ibn Al-Aïch
BERRECHID
Tél: 05 22 33 64 01

Pharmacie ALAFAC
135 Rue Ibn Al-Aïch
BERRECHID
Tél: 05 22 33 64 01

Kopred® 20 mg
Boîte de 20 comprimés



6 118000 094586

LOT : 4434
PER : 05 - 26
P.P.V : 36 DH 40

LOT : 23E002
PER : 04 2025
DOGMATIL 0,5G/100ML
SOL BUV FL 125ML
P.P.V : 16DH30
6 118000 012153

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V : 13DH30
6 118000 060314

BioVanic 500 mg
7 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 118000 410065

LOT : M0962
PER : 12/2025
PPV : 57,00 DH

LOT 211262
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

OEDES 20mg
28 gélules



118001 100088

LOT : 23E002
PER : 04 2026
DOGMATIL 0,5G/100ML
SOL BUV FL 125ML

P.P.V : 16DH30



6 118000 012153

LOT : 23E002
PER : 04 2026
DOGMATIL 0,5G/100ML
SOL BUV FL 125ML

P.P.V : 16DH30



6 118000 012153