

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

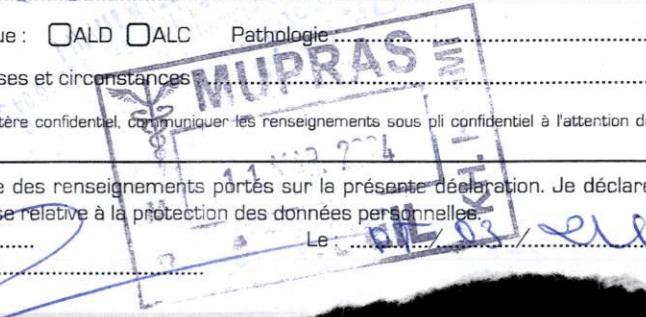
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

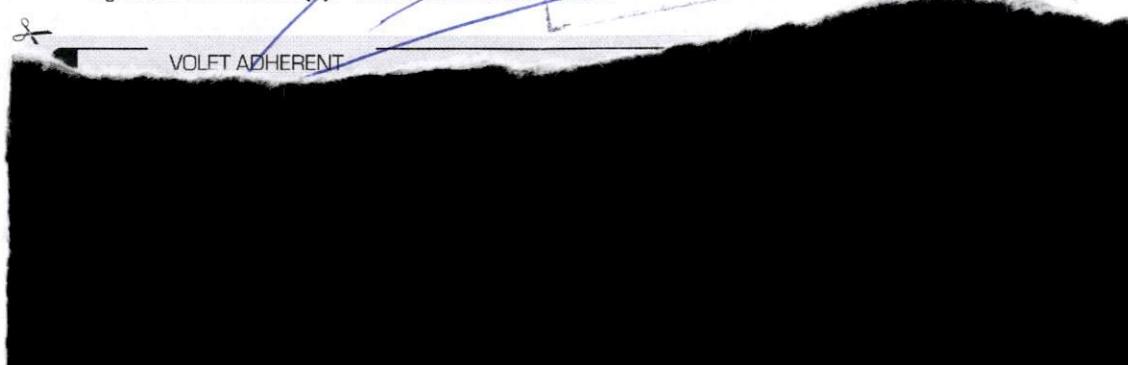
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>M1115</u>		Société : <u>RAM</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>B. Z. A. G. S. G. O. U. A. T.</u>		Date de naissance : <u>07/01/1977</u>	
Adresse : <u>ST. ALLAL BEN ABDELLAH</u>		Tél. : <u>798359</u>	
Total des frais engagés : <u>199.00</u> Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : <u>08/03/2024</u>			
Nom et prénom du malade : <u>A. N. E. L. I. S. S. A. T.</u> Age : _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Acne</u>			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 : 05/03/2024 Le : 05/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLFT ADHERENT



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
08/03/24			300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MY YOUSSEF ZANE Salma CHERIF BOUAZI Docteur en Pharmacie 139, Boulevard My Youssef Casablanca - Tel: 05 22 22 77 55	08/03/2024	223,30
PHARMACIE MY YOUSSEF ZANE CHERIF BOUAZI	08/03/2024	147,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

39 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	

VIOLET ADHESIVE

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

an

① Trichonivat

Graine i sors la

Sorci x 200

② Vinal

① Daylong Extreme 147,50

② Daylong Extreme 147,50



INPE: 092043355
139, Boulevard My Youssef
Droguerie en Pharmacie
ARMACHE MY YOUSSEF
Droguerie en Pharmacie



Dr. Imane KHRICHFA

Dermatologue - Vénérologue

- Maladies de la peau, cheveux et ongles
- Chirurgie dermatologique
- Dermatologie pédiatrique
- Dermato - Allergologie
- Lasers médicaux
- Médecine esthétique



ORDONNANCE

د. إيمان أخرىشة

أخصائية في الأمراض الجلدية والتجميل

- أمراض الجلد، الشعر والأظافر
- الجراحة الجلدية
- أمراض الأطفال الجلدية
- الحساسية الجلدية
- العلاج بالليزر الطبي
- طب التجميل

08/03/24

Casablanca, le

207,00 - Mme

DAIMA TUNA

①

Opko

Syndes

S.P

S.V

CORPS

CORPS

INPE: 092043355

Hygiène du corps.

16,30

② Dermoval gel:

X 1FL le soi X 10 jours

Ensuite

1bai sur 2

X 10 jours

S.V

③ Raveu

③ Dermoval gel:

X 1FL le soi X 03 semain

Ensuite 182 X 02 semain

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 16,30 DH
6 118000 161295

223,30

1. زنقة البشير لعلاج وشارع عبد المؤمن، إقامة أوصمان 1، الطابق الأول، رقم 6 - الدار البيضاء
1, Rue Bachir Laalej et Bd Abdelmoumen, Rés. Oushmane 1, 1er étage N° 6 - Casablanca
Tél : 05 20 16 04 30 - Urgences : 06 00 90 18 78 - E-mail : dr.imanekhrichfa@hotmail.com