

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.

M22- 0036634

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 014804 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAAKISSI Abdellah A 99673

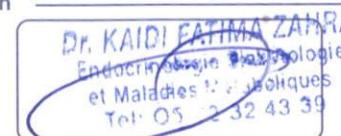
Date de naissance : 13-1-1960

Adresse : Benachid

Tél. : 0666353691 Total des frais engagés : 979,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/03/2014

Nom et prénom du malade : Laakissi Abdellah Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : Diabète Enfant

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : 2014

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 15/03/2014

Signature de l'adhérent(e) : Laakissi Abdellah

Adresses Mails utiles

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

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
01.03.2014	14	5	10000	
				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE HABIBA 534, El Afach CR Saada Marrakech - Tel : 05 24 42 26 03	04/03/2024	₾ 722,50₾

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
		AM	PC	IM	IV	

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. KAIIDI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa

Ancien Interne au CHU - Casa



د. قايدى فاطمة الزهراء

إخلاص فى أمراض الغدد - داء السكري

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي

ابن رشد

Ordonnance

Nom : laakissi Abdellah Berrechid, le : 01.03.14

68,80

1) Amaref 4mg

TeL:

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebâa Casablanca
Amaref 4 mg. cp 30
P.P.V : 68,80 DH
6 118001 081325

PPV: 18DH00
PER: 11/26
LOT: M4127

18,40 36,10
2) Diacecimine 850 mg

238,10
3) Rozat 20 mg

109,70
4) Copegavi x 75 1/1000mg

122,50
5) Centiflo 0,4 mg

SV

SV

SV

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebâa Casablanca
Copegavi 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH
6 118001 082018

PPV: 100DH00
PER: 11/25
LOT: M406612

333, Boulevard Mohamed V - Lot Nasrollah - 1er Etage N°3 (en face carrefour) - Berrechid

Tél: (+212) 5 22 324 339 - Gsm: (+212) 6 79 545 315 - Email: kaidiendocrinologue@yahoo.com

valable 3 mois

Le 01/03/2014

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au DR. RAID FATIMA conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

DR. RAID FATIMA
Endocrinologie et Médecine
et Maladies Métaboliques

Tel: 0522-22-78-14

Dr. Raidi Fatima Zohra

Certifie que Mme, Mme, Mr. Lourakissi Abdellah

Présente Diabète type 2 + Dyslipidémie + Hypertrophie prostate

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois

Dont ci-joint ordonnance : Amidol 1 mg - Difemina 20 mg - Metformine 1000 mg - Co-Pravink

(à défaut noter le traitement prescrit)