

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7312 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAIAT AIA N. LATIF IDRISI

Date de naissance : 1958

Adresse : 199774

Télé : 0605819572 Total des frais engagés : 978,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

N. LATIF IDRISI
FATHMATO ORTHOPÉDIST
75 Boulevard Massira Al Kharf
05 22 25 23 25/05/2015
05 22 25 23 25/05/2015

Date de consultation : 04/03/24

Nom et prénom du malade : HAIAT AIA med Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Epfant

Nature de la maladie : HAIAT AIA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : HAIAT AIA

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) : SP

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

AUXILIAIRES MEDICAUX

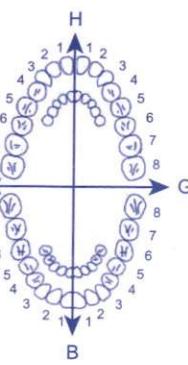
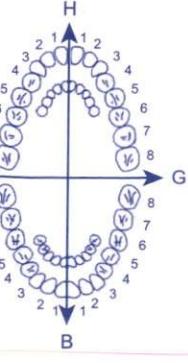
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
D 00000000	B 35533411	G 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Chirurgien Orthopédiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France
 Ancien Chef de Clinique & Assistant au CIU de Nantes
 Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes
 Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique
 Membre de la Société Française de Chirurgie
 Traumato-orthopédique

جراحة العظام والمقاصيل
 خريج كلية الطب ببنات
 رئيس قسم وجراح مستشفيات ببنات
 عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام والمقاصيل

Casablanca, le:

11/31/2004

Mr. (Mme) : HAFIA H. ned

29DH10

D Dr AS



COOPER PHARMA

PPV: 130,80 DH

LOT: 220833
 PER: 11-2024
 PPV: [REDACTED]

130,80

D telo 20 2 11,

LOT 231506 1
 EXP 04 2026
 PPV 76.50

Nalgesic® 300 mg
 36 comprimés pelliculés

LOT 231887
 EXP 12/26
 PPV 102DH10

GAPREX® 25 mg
 60 Gélules



538,50

AS 2 2

AS 20 2 11,
 20 2 11

Pharmacie WAFIQ
 Dr. RAMZI Tarik
 Louissement Wafiq Lot N°363
 Tél: 0522 32 72 79

Dr. N . Latif - IDRISI

Chirurgien Orthopédiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CIU de Nantes
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique
Membre de la Société Française de Chirurgie
Traumato-orthopédique



الدكتور نور الدين IDRISI

جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بنات

رئيس قسم و جراح مستشفى بنات

عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام و المفاصل

Casablanca, le : ٢٤-٢٣-٢٤

Mr. (Mme) : السيد (ة) : ٦٨٩٨٤٦ . med

٣٤٣

G5 - C1



٣٤٧

PHARMACIE YASMINA
77, Rue Ibn Nafis Hay Yasmine
Bérechid - Tel. 0522 53 31 88
Intra: 0065281800624 - INPE: 052057401

