

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.

N° W19-456364

ND: 14346

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 14748		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Nom & Prénom : DOUTABAA ELHACHE		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 30/04/1956		Adresse : 605 NF 88 J NY 9 APP 4	
Tél. : 06 641 70568		Total des frais engagés : 952,80 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Fatiha BOUZEDDOUNI Service de Radiologie Centre Alial Ben Abdellah Casablanca 20000 Signature : 24/03/2019			
Date de consultation : 08/10/2019			
Nom et prénom du malade : BOUZETTA RAJIA Age: 61			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Ashtma			
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 : 27 DEC 2019
Signature de l'adhérent(e) : Doutabaa Elhache

MUPRAS
AGENCE
ACCUEIL

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8/10/19	552,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires



- أمراض وجراحة الأذن - المخجنة - العنق - الوجه والفك
 - خريجة كلية الطب والصيدلة ببنadir (فرنسا)
 - دكتوراه الطب بكلية الطب والصيدلة بالرباط
 - رئيسة مسابقة بـمصلحة الأذن، المخجنة
والمستشفى للأذن في المحمدية، مراكش

Marrakech, le 08.10.2013

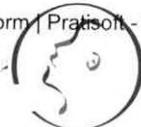
De Mme : BOUCETTA RAJIA

Note d'honoraire

J'ai reçu la somme 400DH

(Quatre cent dirhams), pour consultations et nasofibroscopie.

DR BOUCHOUA



Marrakech, le

08/10/2019

BOUCETTA RAJIA

Compte rendu

Nasofibroscopie

- Nom Prénom : BOUCETTA RAJIA
- Date de naissance : 01/01/1958
- DIAGNOSTIC:
- Fosses nasales: muqueuse très irritée.
- Cavum: libre et infecté
- Oropharynx: Pharyngite postérieure infectée
- Hypopharynx: Pharyngite postérieure infectée
- Larynx: œdème inflammatoire de l'aryténioïde droit avec laryngite.

الدكتور فاطمة بوسو
Dr. BOUCETTA RAJIA BOUCHOUA
 Dr. ORL & Chirurgie faciale
 Cervico-faciale, 1^{er} étage Appt.5
 Rce Dar El Hamra Majorelle, 1^{er} étage Appt.5
 Bd. Allal El Fassi Marrakech
 Tél.: 05 24 33 18 27

E-Mail: fb.cabinet.orl@gmail.com