

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.

Biologie 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° M21- 1052570

Optique **10367** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3055** Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **DAROUN DRISS**

Date de naissance : **22/04/58**

Adresse : **10 Rue Ibn Toumaite HAY RYAD**

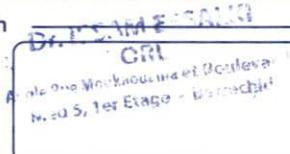
B FRÉCHID

Tél. : **066013208**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **29/12/2021**

Nom et prénom du malade : **DAROUN DRISS**

Age :

Lien de parenté : **Lui-même**

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **DHOL DÉF**

Antécédents

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 :

Signature de l'adhérent(e) : **JR.**

Le : **14/10/2022**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE INN 062070314	29/12/2021	79,00

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
		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'IRM.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr .Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE

CERVICO - FACIALE

VERTIGE - RONFLEMENT

Chirurgie Endoscopique

du nez et de l'oreille

Surdité, Implant Cochleaire

Acouphène,

Pathologie de la voix

Goitre, Allergie



الدكتور عصام السالكي

أمراض و جراحة الأنف . الأنف

الحنجرة، الغلق و الوجه

الدوخة، الشخير

جراحة الأنف والأذن بالمنظار

الصمم، زراعة قوقة الأنف

رتين الأنف

اضطراب الصوت

الغدة الدرقية، الحساسية

DATE : 29/04/2024

Dr. 85

QAROUD

1) Ant. Zonyngol
Zydr. + UT

79,00



**LOT 212195
EXP 09 2023
PPV 79.00 DN**

2) Amirolarom
Zydr. + UT

PHARMACIE LAYALI
al 52 - 1044 ABBOUBA
Layali - 1044 - Pharmacie
Berrechid
TEL: 05 22 32 42 30



جزء 14 زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة - برشيد

Lot. 14 Angle Boulevard Med 5 et Boulevard de la Résistance (Au dessus de BMCE Bank) - Berrechid

Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 20 01 12 58 E-mail : issam.essalki@gmail.com



DATE : 29/12/2021

NOTES D'HONORAIRES

NOM ET PRÉNOM DU MALADE: QAROUN DRISS

LE DR ISSAM ESSALKI VOUS REMERCIE ET VOUS
PRESENTA LA NOTE DE SES HONORAIRES POUR

L'ACTE : ABLATION D'UN BOUCHON CERUMEN (ASPIRATION).

COTATION K5

HONORAIRE 100 DH

ARRETEE LA FACTURE A LA SOMME DE CENT DIRHAMS.

تجزئة 14 زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة - برشيد