

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° W21-718554

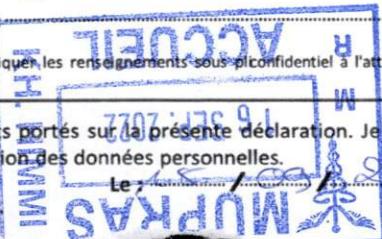
129875

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13192	Société : RAO		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BERRAMI ELIDRISSI EL NÉ H.DI			
Date de naissance : 19/12/1990			
Adresse : OCEAN BAY GHG Jn J App A/3 DAR BouAZZA Casablanca			
Tél. : 07771778 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 15/09/2010			
Nom et prénom du malade : Berrami Elidrissi El Né H.Di Age : 32			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Tisane Inale Jeera			
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 : **Casablanca** Le : **15/09/2010**
Signature de l'adhérent(e) : **AZ**



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
15.10.04 2004	<i>Co</i>	300.000		INBP : <i>ABOUELHAK SARA</i> INPE : 091267980 ICE 00285104700005 <i>ABOUELHAK SARA</i> Entierement payé INDIA, bilan

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DR BIDDA BOUAZZA Résidence DAT EI KENZ 11 Km E2 - DAR BOUZZA Tél: 05 20 13 28 69 Fax: 05 20 14 61 15	15-5-21	37,-



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																																																																																																																																																																																																																																																					
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																																																																																																																																																																																																																					
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																	Nature des Soins <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																	Coefficient <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																	INP : <input type="text"/>	
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 PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>00000000</td><td>21433552</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td><td colspan="2">B</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>00000000</td><td>11433553</td><td>00000000</td></tr> </table>	H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	D		B		35533411	00000000	11433553	00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																															
		H		G																																																																																																																																																																																																																																																	
		25533412	00000000	21433552	00000000																																																																																																																																																																																																																																																
		00000000	00000000	00000000	00000000																																																																																																																																																																																																																																																
		D		B																																																																																																																																																																																																																																																	
		35533411	00000000	11433553	00000000																																																																																																																																																																																																																																																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																																					
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																																					
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																																					



د. سارة أبو الحق

خصائصية في :

- أمراض الجهاز الهضمي
 - أمراض و جراحة المخرج و البواسير
 - الفحص بالمنظار
 - الفحص بالصدى

15 /09/2022

Casablanç, le :

MR BERRAMI EL IDRISI EL MEHDI

1. MEBO (1MOIS)

1 application 2 fois par jour après le bain de siège

27

2. DUOXOL (1 semaine)

2 cp 2 fois par jour après le repas.

3. SEDASTERIL LOTION

1 bain de siège 2 fois par jour

A large circular stamp with the letters "AS" in the center, surrounded by concentric circles. The stamp is partially obscured by a blue diagonal line.