

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

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 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 : 2160

Société : 115981

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BouROUIS HASSANIA

Date de naissance :

30/10/1948

Adresse :

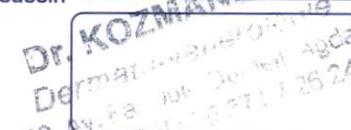
268, Bd Zinaoui App 7 - CASA

Tél. : 0662717779

Total des frais engagés : 223,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BouROUIS HASSANIA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Enzyme p.e.b

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Rabat

Le : 07/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :



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
07/11/11	contrôle		coronavirus	Dr. KOUAMI Dermato-Vénérologue Tél. : 07 87 87 25 24

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMAC B Youssef Pharmacie 33, Louisa 102219752	07/11/22	98,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	D u 20/02/2002 INPE: 100064026 Signature					INPE: 100064020 Signature

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

Docteur KOZMANE Wafae

Dermatologie - Vénérologie

Maladies de la peau, du cuir
chevelu et des ongles

Maladies sexuellement transmissibles

Soins esthétiques et cosmétiques

Chirurgie dermatologique

الدكتورة قزمان وفاء

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتتناسلية

جراحة الجلد وطب التجميل

Rabat, le

07/11/98 الرباط، في

Boulevard Hassane I

34.70 Ⓛ

skinosalec lotion
l. eff / ali
pus 3/3
a 3/3 ger

① Blockera

Scalp care
shampoo / serum
=

10.70 x 6 + Masque

(3) Peuvental

17.80 Ⓛ

98.90 l. i. y. Trans les 10
pus Trans les 15; a. Green

Dr. KOZMANE. W.
Dermato-vénérologie
88, Av. Fal Ould Oumeir, Agdal
Rabat - Tél. : 05 37 67 26 24



10,70

10,70

10,70

10,70

10,70

10,70



LOT : 2141
UT. AV: 08 - 25
P.P.V: 34 DH 70

6 118000 091578

**RECAPITULATIF FACTURES MME BOUROUIS HASSANIA POUR LA PERIODE DU
20/11/2022 AU 09/01/2023**

DATE	NUMERO FACTURE	PRESTATION CLINIQUE
20/11/2022	8383/2022	25,00
30/11/2022	8384/2022	25,00
10/12/2022	8385/2022	25,00
24/12/2022	10587/2022	25,00
09/01/2023	8741/2023	25,00
TOTAL GENERAL		125,00

