

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.

16323

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04904

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAAKISSI

Abdellah

Date de naissance :

13-01-60

Adresse :

Ben Abdellah

Tél. : 0666353691

Total des frais engagés : 420,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/08/2019

Nom et prénom du malade : DR. GH. LAAKISSI KHADIGA Age :

Lien de parenté : 185 TABI' Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : cystite

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 : Le : 09/08/2019

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
09/01/2023			170,00	<i>DR. BERNARD BERTHEAUD</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Amina LAMRI 26, Bd. Brahim Roudani Wafiq - Beyrouth	09/02/83	850.10

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'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr GHARFIRI AICHA

الدكتورة غفيري عائشة

Ancien médecin à l'hôpital Mohamed Boaifi

Diplôme en échographie de l'université

Paris Descartes

Diplôme en diabétologie

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى محمد بوافي
دبلوم الفحص بالصدى من جامعة باريس ديكارت
دبلوم مرض السكري من جامعة الطب والصيدلة
الرباط -

Berrechid le 09/02/2023 برشيد في

JARAD KARAD'SA

170,00

1) Ofukzen 800
1 gr x 24 (8j) S.V

15,70

Topolin 100
1 gr x 24 (8j) S.V

19,80

3) Fluegyl 500
1 gr x 24 (8j) S.V

14,60

4) Ruolin 100
1 gr x 24 (8j) S.V

= 280,10

PPV 14DH60
PER 11/25
LOT L3783



LOT 223308
EXP 09 24
PPV 170.00 DH

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V: 49DH60
LOT 22E015
PER. 06 2021



TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML
P.P.V: 15DH70
LOT: 22E030
PER. 05 2024



6 118000 060901