

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-786694

152206

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11762		Société : RAN	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Youssef Berchid			
Date de naissance : 17/11/1974			
Adresse : 1108 lot. EL gads EL gadid			
Tél. : 0669.06.10.34		Total des frais engagés : Dhs	

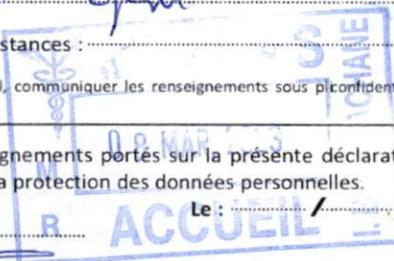
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr. Daoud ARIKANE CHIRURGIEN RS 121, Route Sidi Bouzid Najmat Janoub III - El Jadida Tél. 05 23 37 24 24			
Date de consultation : 23/01/2023			
Nom et prénom du malade : BERCHID YOUSSEF Age: 49			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Ui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Fistule ambiante			
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 : **23/01/2023** Le : **1/1**

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet en signataire du Médecin attestant le Paiement des Actes
23 01 23	C	2	→ Gastro	DR. BAHRI CHIRURGIEN 21 Route de Janoubat Janoubat 06233724182411

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/11/23	274,10

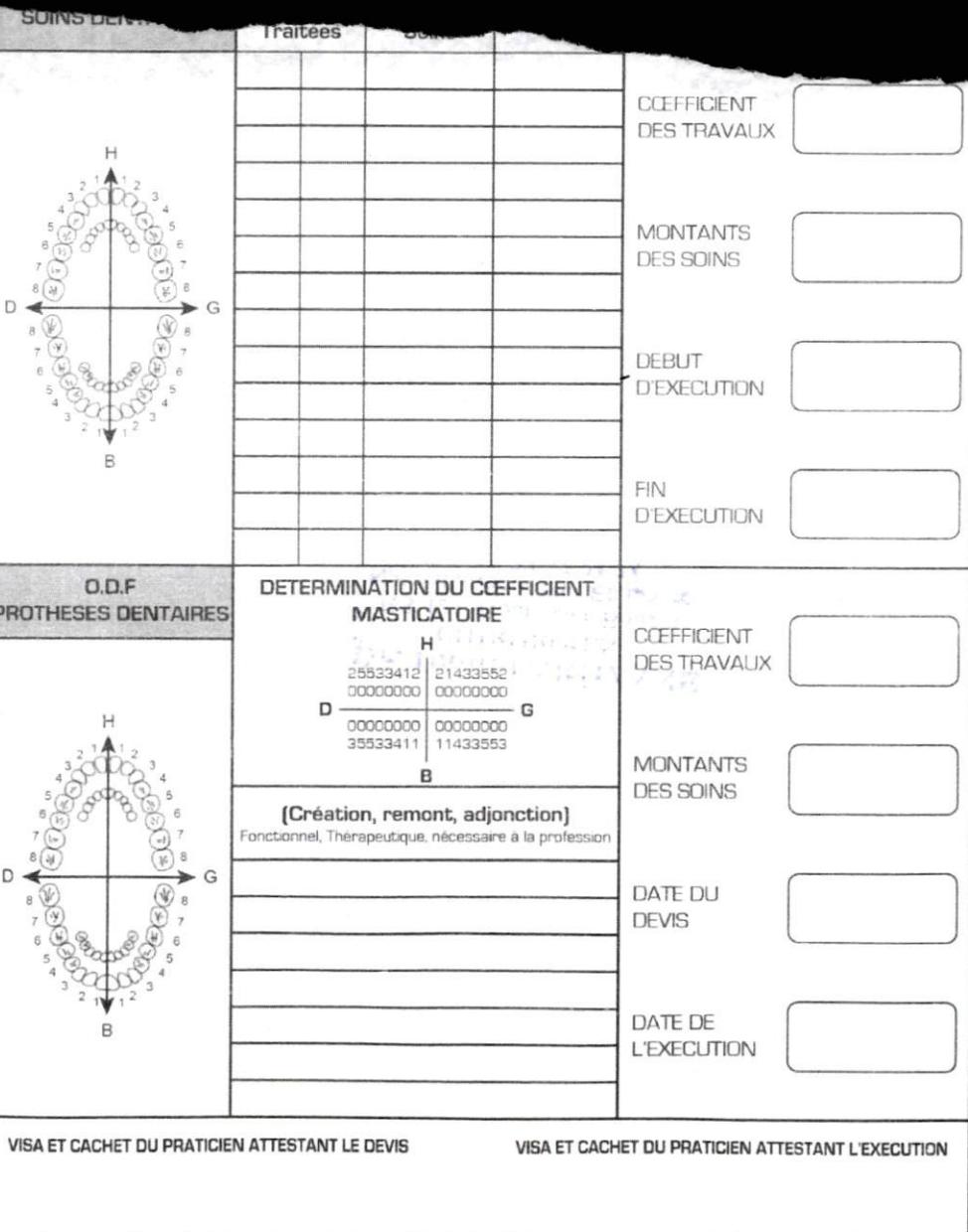
ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



Docteur Daoud ARHZANE
CHIRURGIEN

Spécialiste en chirurgie générale

CES de médecine du sport

Diplômé des facultés de médecine de AMIENS et de REIMS (France)

Echographie

Cœliochirurgie



الدكتور داود أغزان

طبيب جراح

اختصاصي في الجراحة العامة

حاصل على شهادة طب الرياضة

خريج كلية الطب بامييان وريمس (فرنسا)

الفحص بالصدى

الجراحة بالمنظار

El Jadida le :

13/1/12

Dr. DAoud ARHZANE
CHIRURGIEN
RS 121. Route Sidi Bouzid
Naimat Janoub III
Tél: 05 23 37 24 24

PPU: 222,00 DH
LOT: 650131
PER: 07/24

222,00

METROZAL®
Métronidazole 500mg
Boîte de 20 comprimés



PPV : 32,50 DH

6 118000 190967

Hemofast®
Pommade

19,60

Dr. Daoud ARHZANE
RS 121. Route Sidi Bouzid
Naimat Janoub III
Tél: 05 23 37 24 24

Adresse : Route de Sidi Bouzid, clinique Mazagan, Nejmat Al Janoub III - El Jadida
Urgences : 05 23 39 39 33 - **Consultation :** 05 23 37 24 24 - **Fax :** 05 23 37 02 60