

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

- Reclamation : 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.

M22- 0021670

15/01/13

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3270

Société : RAM.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SKIREDJ LEILA

Date de naissance : 05/10/1958

Adresse : RESIDENCE ANDALOUSSIA IM 43 N°1

CASABLANCA

Tél. : 0660619331

Total des frais engagés : 1600,00 DHS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SKIREDJ LEILA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection gynéco gyné

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 : / / Le : / /

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
30 MAR 2023	S	30000	الدكتور زنفري عبد العزىز خصائص مرض النساء 13 زنفري زنفري النساء نفر 05 22 26 04 12 شاطئوا	30000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

ORDONNANCE

الدكتور زين الدين عبد الله
الخصائص في المرضى عبد الله
13 زقاق ناصر سلطان العجمي
ج3 شارع طه حسين
ج3 شارع طه حسين
ج3 شارع طه حسين
ج3 شارع طه حسين

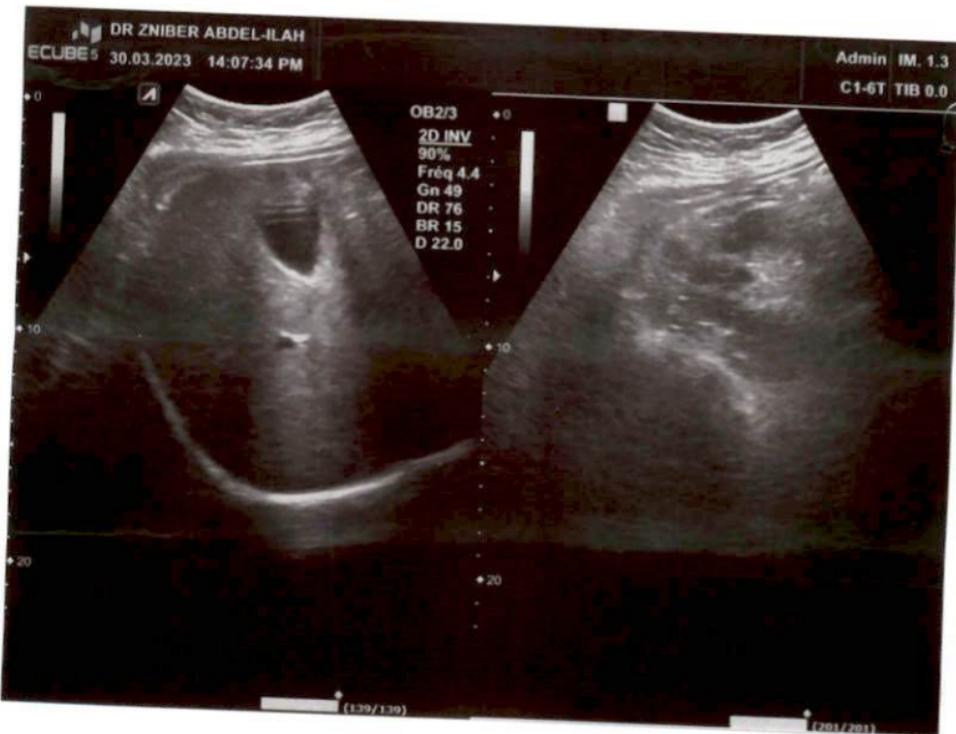
Recette le: 30/03/2023.

LAFACIURU

Factographie du

hr - 300,00 N

الدكتور زين الدين عبد الله
الخصائص في المرضى عبد الله
13 زقاق ناصر سلطان العجمي
ج3 شارع طه حسين
ج3 شارع طه حسين
ج3 شارع طه حسين



DOCTEUR ZNIBER ABDELILAH

**Gynécologue - Accoucheur
Ancien Maitre Assistant**

Stérilité - Senologie - Echographie Chirurgie Gynécologique

ECHOGRAPHIE GYNÉCOLOGIQUE

Mme SKIREDJ Leila

Casablanca le, 30/03/2023

Examen

- | | | |
|---------------|---|----------------------|
| * VESSIE | = | transonique |
| * DOUGLAS | = | comblé par les anses |
| * FOIE + VB | = | RAS |
| * REIN DROIT | = | normal |
| * REIN GAUCHE | = | normal |
| * PANCREAS | = | normal |
| * RATE | = | normal |

CONCLUSION = ECHOGRAPHIE ABDOMINO- PELVIENNE NORMALE

الدكتور زكي عبد الله
مساهم في المرض النسائي والولادة
أبو علي الفيومي