

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M23-002782

N56927

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1401 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AARAB LAHOUCINE

Date de naissance : 01-01-43

Adresse : 117 Bd Montay youssef

Tél. : 06 19 38 34 13 Total des frais engagés : 2472 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/03/2023

Nom et prénom du malade : AARAB LAHOUCINE Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTN + Anémie férile

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
22/12/2013	C	2	6	DR. KANDU NEPHROLOGIE Lot les Loupiots Av. Olaya Ibnu Hajar Tunis - 1000 Tunis - Casablanca Tel : 05 22 71 54 79 Fax : 05 22 71 54 79

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr KANBI Nephrologist - Dr. K. Nabil Naïbi et les Loupiots AV - Casablanca Rue 1 N° 46 Casablanca - Maroc - Fax : 05 22 71 54 75 Tel: 05 22 71 54 75</i>	22-03-2023	2472 Dh.

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

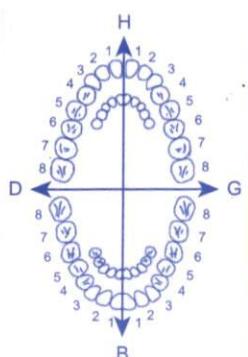
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

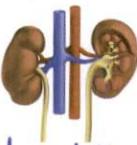
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز تصفيية الدم وأمراض الكلى الرزازي

Centre de Néphrologie et D'hémodialyse Arrazi

Dr.KANBOUCHI Farida

Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse
Diplômée de la faculté de Médecine de Casablanca
Ancienne interne du CHU de (Toulouse)



ذ.الكنبوشي فريدة

اختصاصية في أمراض الكلى - تصفيية الدم
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة سابقة بمستشفى الجامعي (تولوز)

Casablanca, Le

22/03/2023

الدار البيضاء، المغرب

نر AARAB L'Houcine

2472 م

Aranesp 20mg

(02 boîtes)

15 mg en sc x 2 / Semaine

durée de 1 mois

Distribué par FMC Pharma Afrique
Technopole de Nouasser Maroc
PR : Dr. Safaa MOUKHLIS
AMM(Aranesp 20) N°: 165/18 DMP/21/NRS
PH: 1 236.00 DH

DR. KANBOUCHI Farida
Néphrologie et hémodialyse
Lot les Loupiots Av. Oqba Ibnou Nafii
Rue 1 N° 48 Sidi Mounen - Casablanca
Tél : 05 22 71 54 75 - Fax : 05 22 71 54 79

Distribué par FMC Pharma Afrique
Technopole de Nouasser Maroc
PR : Dr. Safaa MOUKHLIS
AMM(Aranesp 20) N°: 165/18 DMP/21/NRS
PH: 1 236.00 DH

نجزة لوبيو ، شارع عقبة بن نافع زنقة 1 رقم 48 سيدى مومن - الهاتف : 05 22 71 54 75 - الفاكس : 05 22 71 54 79
Lot les Loupiots Avenue Oqba Ibnou Nafii Rue 1, N° 48 Sidi Mounen - Tél : 05 22 71 54 75 - Fax : 05 22 71 54 79
E-mail : dialysearrazi@gmail.com - AC : 350095 - CNSS : 5245362 - IF 18776226 - Patente : 33066937 - ICE : 001568147000046