

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 : 10534

Société : AZ8191

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ERRADE MOUINIR

Date de naissance : 12 - 12 - 1971

Adresse : Rue 1. N°160 NAPSEALLAH

Bene Chir

Tél. : 066277279 Total des frais engagés : 827,2 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/09/2023

Nom et prénom du malade : EL ASRI SAITRA Age :

Lien de parenté : **Lui-même**

Nature de la maladie : RATHIOLOGIE AFFECTANT LES

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

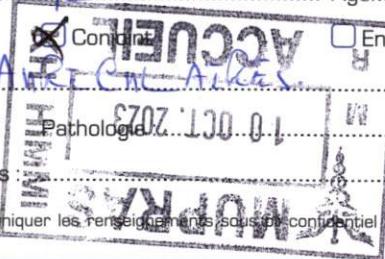
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Bene Chir

Le : 26/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : My Ca



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
20/01/2013	CS	CL	200 DH	Dr. J. ESSAKI
21/01/2013	AS 21000 K5		100 DH	Dr. J. ESSAKI

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/09/2023	507,20



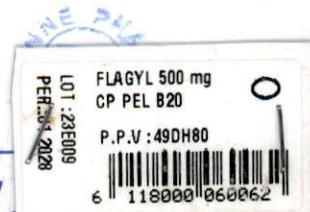
DATE: 26/09/2023

Samia EL ASRI

40,85

① FlayL 500

14p \propto 81



222.05

② Augmen

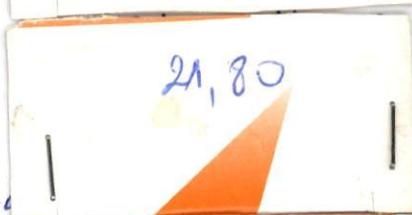
LOT: T-01-7
PER: 11-2025
PPV: 106,80DH

21.80

3

1 Jahr

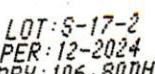
21,80



PPV: 222,00 DH
LOT: 651878
PER: 04/25

106
120

برشيد محمد الخامس وشارع المقاومة -



Dr. Issam ESSALKI
ORL ET CHIRURGIE
CERVICO - FACIALE
VERTIGE - RONFLEMENT
Chirurgie Endoscopique
du nez et de l'oreille
Surdité, Implant Cochlearie
Acouphène,
Pathologie de la voix
Goitre, Allergie



الدكتور عصام السالكي
أمراض و جراحة الأنف . الأنف
الحنجرة، الغثق و الوجه
الدوخة، الشخير
جراحة الأنف و الأنف بالمنظار
الصم، زراعة قوقعة الأنف
رتقبي، الأنف
اضطرابات الصوت
الغدة الدرقية، المضاميس

DATE :

26/09/2023

NOTES D'HONORAIRES

NOM ET PRÉNOM DU MALADE : EL ASRI SAMIRA

LE DR ISSAM ESSALKI VOUS REMERCIE ET VOUS PRÉSENTE
LA NOTE DE SES HONORAIRES POUR

L'ACTE : ABLATION D'UN BOUCHON CERUMEN
(ASPIRATION).

COTATION K5

HONORAIRE 100 DH

ARRETEE LA FACTURE A LA SOMME DE CENT
DIRHAMS.



تجزئة 14 زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة - برشيد

Lot. 14 Angle Boulevard Med 5 et Boulevard de la Résistance (Au dessus de BMCE Bank) - Berrechid

Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 20 01 12 58

Dr .Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE

CERVICO - FACIALE

VERTIGE - RONFLEMENT

Chirurgie Endoscopique

du nez et de l'oreille

Surdité, Implant Cochlear

Acouphène,

Pathologie de la voix

Goitre, Allergie



الدكتور عصام السالكي

أمراض و جراحة الأنف . الأنف

الحنجرة، الغلق و الوجه

الدوخة، الشخير

جراحة الأنف والأذن بالمنظار

الصمم، زراعة قوقعة الأنف

رنين الأذن

اضطراب الصوت

الغدة الدرقية، الحساسية

DATE :

26/09/2023

COMPTE RENDU

NOM ET PRÉNOM DU MALADE : ELASRI SAMIRA

INDICATION : BOUCHON CERUMEN

ACTE : ABLATION D'UN BOUCHON CERUMEN
(ASPIRATION).

COTATION K5



تجزئة 14 زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة - برشيد

Lot. 14 Angle Boulevard Med 5 et Boulevard de la Résistance (Au dessus de BMCE Bank) - Berrechid

Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 20 01 12 58