

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.

M22- 0033738

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 365

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BARRADI Fatima

Date de naissance : 1.1.1946

Adresse : 14 Rue Ain Asserdouine - Imm. D

Hay ESSALAM Casa

Tél. : 06 64 20 77 29 Total des frais engagés : 819 DH + 300 Dhs

1119. DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 6.12.23

Nom et prénom du malade : Barra di Fatima

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA chronique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

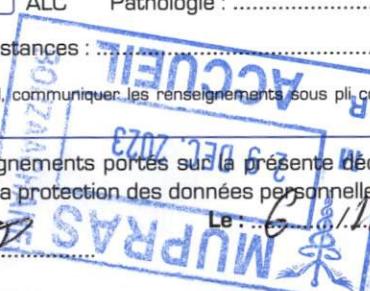
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casa

Le : 06/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :



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.

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
6.12.23	C.S.		300,-	Dr FIRRI Laila Gynécologue Obstétricienne

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA SOURCE Tél: 03 29 38 36 36 Signature : MOUNA	6/12/23	819,-

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[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

Docteur Laila Fikri

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique
 Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris
 Ancienne interne des Hôpitaux de Paris
 Diplôme universitaire Paris V en :
 Coelio chirurgie - Hystéroskopie - Colposcopie
 Chirurgie Gynécologique Accouchement
 Diplôme universitaire Paris V en :
Echographie : Gynécologique et Obstétricale et Sénologie
 Stérilité - Maladie du Sein
 Préparation à L'accouchement (Technique Sophrologique)
 Sur Rendez-Vous



الدكتورة ليله فكري

إختصاصية في أمراض النساء والتوليد
 خريجة كلية الطب بباريس
 حازة على شهادة من كلية
 الطب بباريس ٧ في الجراحة
 بالمنظار الداخلي - منظار الرحم
 ومنظار الكولبيوسكوب
 عقم الزوجين - أمراض الثدي
 بالبياض

Casablanca, le : 6.12.23 الدار البيضاء، في :



Dr. Bensali Fikri

8/19/2023

273,00 x 3

1^{er} exfoge : 1^{er} leurt x 3 nrs.



PHARMACIE LA SOURCE
 Dr. EL MOUMINI MOUNA
 6-7-8 Rue Asserdoune
 Oulfa - Casablanca
 Tél: 05.22.36.24.05 / 05.22.36.26.09



Dr. FIKRI Laila
 Gynécologue Obstétricienne
 091065862

21 Sakan Amine , N° 4, 1^{er} Étage Oulfa - Casablanca
 Tél. : 06 56 93 42 74 - 05 20 24 09 04