

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

- 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 : **00075 96**

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **RAFIK HANAN**

**MUPRAS
RECEPTION**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **06.61.88.26.49**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. LEMBACHAR Noureddine
42, Rue Bir Anzara
Quartier Industriel
357430 - Berrechid**

Date de consultation :

03/10/16

Nom et prénom du malade : **HANAN RAFIK** Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

infektion

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 :

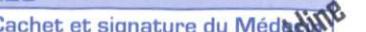
03/10/16

Signature de l'adhérent(e) :

RAFIK HANAN

**Dr. LEMBACHAR Noureddine
42, Rue Bir Anzara
Quartier Industriel
357430 - Berrechid**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médiateur attestant le Paiement des Actes
03/01/2024 C	KA	15000		 Dr. IEMBALHAR NAURENDINGE 42, Rue Bir Anzarane Quartier Industriel 022 33 74 36 - Bérechid

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Samir ASMOUN Docteur en pharmacie 	03/01/2024	515,90

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Certificats de compétences :

- Gyneco obstétrique (DIU)
- Échographie générale
- Dans le traitement de la douleur

شهادة الكفاءة :

- طب النساء و التوليد
- الفحص بالصدى
- علاج الالم



03/01/2024

Fait à Berrechid le :

2x 126,30

RATIK HANEN

Allumentin 1g 10x



144,30

Boor 1,



14,00

100ml le w

le w

14,00

100ml le w



2x 40,50

101

101

Tadyferm 80



87,30

191

191

Derustix



36,70

201

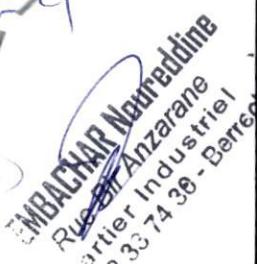
201

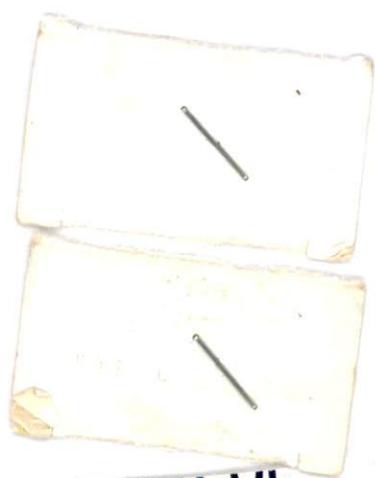
Nylostone 1g



42, Rue Bir Anzarane Quartier industriel - Berrechid - Tél : 0522 33 74 30

0522 33 74 30 - الهاتف : 42، زققة بير انزاران الحى الصناعي، برشيد





MITOOL
LOT: 08023025
PER: 02/2028
PPU: 36.70 DH

PPU: 126.30 DH
LOT: 652138
PER: 04/25

87.30

PPU: 126.30 DH
LOT: 651814
PER: 03/25

44.30

PPU: 140 DH
PER: 87/26
LOT: M2376