

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.

N° W19-417716

ND: 44382

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : 6862		Autre :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Nom & Prénom : FAÏK KHALID	
Date de naissance : 07/06/1965		Adresse : HAB - Ville	
Tél. : 0664775451		Total des frais engagés : 316 Dh Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 05/07/2020			
Nom et prénom du malade : Faïk Ines Age: 18 ans			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Dermatologique			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 9/01/2020			
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 : Casablanca
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 05/07/2020

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
20/07/2016	ESV	1	950,0000	INP : 01911798AIGO

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/10/2020	66,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVÉ 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.

الدكتورة إيمان تيغزوين

Doctor Imane TIRHAZOUINE

Dermatologie - Vénéréologie

Allergologie

Chirurgie de la Peau et des Ongles

Dermatologie Esthétique

Laser



اختصاصية
في أمراض الجلد و الشعر والأظافر
الأمراض التناسلية حساسية الجلد
درة الجلد والأظافر
الطب التجميلي الليزر

Casablanca, le :

٢٤ /٠٧ /٢٠٢٠

الدار البيضاء، في :

Ordonnance

٩١٦ Fair Jnes

١ - Isotropine op 100mg
22,50x3



٢ - Anthelios lait 50+ anti brillance

Depot 100 ml extérieur plan



٣ - Exflia lotion

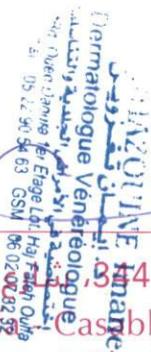
Depot 100 ml sur le dos

٤ - DCP Gel purifiant

Réflekt du corps

66,50

RDV 3 semaines



٣٤٤ شارع واد الدورة، الطابق الأول، الحاج فاتح الألفة - الدار البيضاء

344, Bd. Oued Daoura, 1^{er} Etage - Lot. Haj Fateh - Casablanca

Tél. : 05 22 90 54 63 - GSM : 06 02 07 32 32 - E-mail : imane_tr@hotmail.com

٠٦٢٤٧١٨٥٩٤

١٥/١٠/٢٠٢٠.

١٠ افراد

PPV: ٢٠٠,٠٠

LOT:

PER:

ISTACYNE® 100 mg
10 comprimés
د. كريستيان



9 1118000180777

٠٦٢٤٧١٨٥٩٤

١٥/١٠/٢٠٢٠.

١٠ افراد

PPV: ٢٠٠,٠٠

LOT:

PER:

ISTACYNE® 100 mg
10 comprimés
د. كريستيان



9 1118000180777

٠٦٢٤٧١٨٥٩٤

١٥/١٠/٢٠٢٠.

١٠ افراد

PPV: ٢٠٠,٠٠

LOT:

PER:

ISTACYNE® 100 mg
10 comprimés
د. كريستيان



9 1118000180777