

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-791907

Envoyé par Mail

Optique A

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09381

Société : RAH 65620

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAZI KHALID

Date de naissance : 6-1-66

Adresse : Manal ech

Tél. : 0661933896

Total des frais engagés : 399,60

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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'at-

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : TAZI KHALID

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19/04/23

Signature : TAZI KHALID

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
19/04/23	CS		250,00 DH	INP : 072043508 La Pharmacie Moderne Angle Avenue Mad V et Rue Med El Baqal (entre librairie chat et Gueliz Marrakech) Tel: 05 24 48 32 50 INPE: 072043508

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
La Pharmacie Moderne Angle Avenue Mad V et Rue Med El Baqal (entre librairie chat et Gueliz Marrakech) Tel: 05 24 48 32 50 INPE: 072043508	19/04/23	149,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

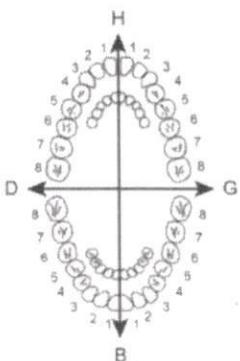
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

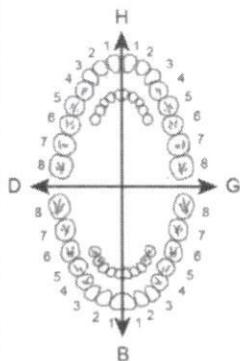
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



Aesthetic Medical, Dermatology and Laser Center

مركز الأمراض الجلدية والطب التجميلي والليزر

Dr. Hanane ATARGUINE

الدكتورة حنان أترگين

Ordonnance

Marrakech, Le

19 avril 2023

Mr. TAZI Khalid

1/ CICASTIM S GEL SILICONNÉ

2/ WGEL GEL NETTOYANT SANS SAVON

3/ SEPCEN 500 MG CP

4/ JONZAC +CICA CRÈME RÉPARATRICE APAISANTE

5/ CLINICEUTICA ECLAMID D.E LAIT LISSANT RADIANCE

6/ ERYFOTONA ECRAN SOLAIRE SPF 100

~~RDV dans 2 mois~~

Samstag, 17.06.2023

60

9, Résidence ISIS 6, Route de Targa, Rue du Capitaine Arrigui, 1^{er} étage
(à proximité du Café la Flamme), Gueliz, Marrakech

إقامة ISIS 6, فرب مقهى la Flamme, طريق تاركة زنقة الكابيتن أريكي، الطابق الأول رقم 9، جلز مراكش

Tél: 05 24 42 08 72 - Gsm: 06 64 54 02 77 - E-mail: hananeatarguine@gmail.com