

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>1640</u>	Société : <u>RAM RETRAITE</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>ELHASSOUABI - ABDEK RIM</u>
Nom & Prénom : <u>ELHASSOUABI - ABDEK RIM</u>			
Date de naissance : <u>30-06-1953</u>			
Adresse : <u>Résidence EL MAILIA (B) Apt 13 Place HASSAN 1^{er} VIN - MEKNÈS-</u>			
Tél. : <u>06 64 631 00</u>		Total des frais engagés : <u>436,70</u> Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :		
<u>08/01/2024</u>		
Date de consultation : <u>08/01/2024</u>		
Nom et prénom du malade : <u>ELHASSOUABI ABDEK RIM</u> Age : _____		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : <u>cheville cassée</u>		
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.		

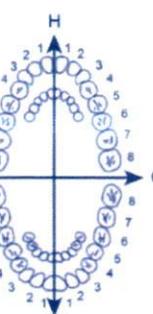
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à : MEKNÈS Signature de l'adhérent(e) : _____
Le : 08/01/2024

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
08/11/24	P2	01	250 / Net	INP : ABIMAFESZU 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL INDIAAT Dr EL HASSOUABI TSL. Kammia - Meknès +212 53 35 46 7740 1320802243	08/01/24	186,70

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.														
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
Coefficient des travaux <input type="text"/>														
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient des travaux <input type="text"/>
	H	G												
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
Montants des soins <input type="text"/>														
Date du devis <input type="text"/>														
Date de l'exécution <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION														

Docteur RAHMANI A.

SPECIALISTE

**MALADIES DE LA PEAU
CUIR CHEVELU - VENERIENNES
MALADIES ALLERGIQUES**

EPILATION AU LAZER

37, Avenue Hassan II n° 29

3^{ème} étage - MEKNÈS

Tél & Fax : 05 35 52 77 55

الدكتور رحمني عبد الرحمن

اختصاصي

أمراض الجلد والشعر والأمراض التناسلية

أمراض الحساسية والمناعة

إزالة الشعر بالليزر

شارع الحسن الثاني رقم 29

الطابق الثالث - مكناس

الهاتف والفاكس : 05.35.52.77.55

Meknès Le :

08/10/24

مكناس في:

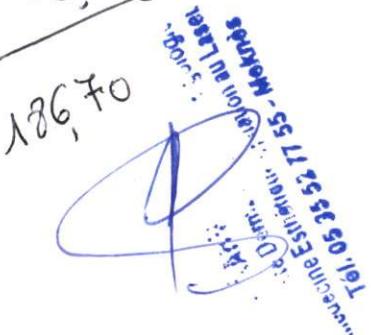
El Massmabi Abdulkrim

36.40

74.80

75.50

186.70



LOT: 4977
PER: 06-26
PPV: 36DH40

Spectrum® 500 mg
Ciprofloxacin 10 Comprimés

6 118000 081456

① Koprioxalix

24/10/24 →

② Spectrum

DA 34.80
AMM : 375/16 DMP/21/NCN

Copred® 20 mg
Boîte de 20 comprimés

118000 094586

③ Bidontogyl

24/10/24

Bidontogyl 1,5MUI/250mg, 15 comprimés

6 118000 092223

④ Céfalotaxim

24/10/24

LOT : 6074
PER : 07 - 25
P.P.V : 75 DH 50