

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1695 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre : Retraite

Nom & Prénom : AIADAOUCH Smaïl

Date de naissance : 1954

Adresse : quartier de la Commune Hay Hassana

B. lot 10 N° 465 C. 058

Tél. : 06 65 07 72 76 Total des frais engagés : 457 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/02/2024

Nom et prénom du malade : REOUR Khadya S Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Rosalei ? 28 FEV. 2024

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.

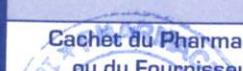
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le P. m. s. Le : 26/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Abdellah RAM

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
12/01/2024	CI	01	9651000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/02/24	207.-

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
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
		A M	P C	I M	I V	

Docteur RAHMANI A.

الدكتور رحmany عبد الرحمن

اختصاصي

أمراض الجلد والشعر والأمراض التناسلية

أمراض الحساسية والمناعة

إزالة الشعر بالليزر

37. شارع الحسن الثاني رقم 29

الطابق الثالث - مكناس

الهاتف والفاكس: 05.35.52.77.55

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

Meknès Le: 10/12/14

مكناس في:

Sekour Khadidja

69.00 x 3

207.00

① Tetralsal e

ref x by
leg x by

75

② Tolerance contôle niveau

un appl arm

③ Cetaphil lotion
refrigerante

refrigerante

207.00

TETRALYSAL 300 mg

Boîte de 16 gélules

AMM N°26 DMP/21/NCV

P.P.V : 69,00 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 070800

TETRALYSAL 300 mg

Boîte de 16 gélules

AMM N°26 DMP/21/NCV

P.P.V : 69,00 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 070800

TETRALYSAL 300 mg

Boîte de 16 gélules

AMM N°26 DMP/21/NCV

P.P.V : 69,00 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 070800