

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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 à caractère personnel.

M23-0023210

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

13198

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KASBAOUI Adam

Date de naissance :

20/08/96

Adresse :

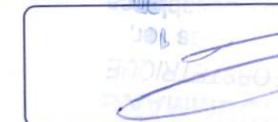
Tél. : 0707052117

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/02/2024

Nom et prénom du malade :

SALIFA EL ASRANY

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Accouchement

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'IBI CHARAIBI Propriétaire : Dr. Mme Rodin et Mo telle : 05 22 28 14 60 Fax : 05 22 28 14 60 Site : www.pharmaciecharaibi.com E-mail : pharmaciecharaibi@orange.fr	AS 02 2024 10/02/24	647.50 8930

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	

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

د.نادية خمان

أخصائية أمراض النساء و التوليد

3D/4D الفحص بالصدى

- التوليد

- عقم الزوجين

- جراحة الجهاز التناسلي-الجراحة بالتنظير الباطني

- منظار الرحم

- أمراض الثدي

Lot: 230159
A consommer de préférence avant le: 02/2028
PPC: 89,50 DH



20/02/2024

M. Soltane El Azzamy

25/02/2024 Fitolaet, 25/02/2024

25/02/2024 25/02/2024



📞 06 36 10 35 85 📞 05 20 572 572 INPE : 061306353 📩 drkhoummane@gmail.com

📍 119 boulevard moulay idriss premier 3 eme étage numéro 5

PPV:56.10 DH

FERPLEX®

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables



l'absorption
is que :
cyclones.
les problèmes
nimation des

PPV:56.10 DH

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables



PPV:56.10 DH

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables



PPV:56.10 DH

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinate

Boîte de 10 Flacons buvables



PPV:56.10 DH

FERPLEX®

Fer protéinsuccinate

Boîte de 10 Flacons buyables



PPV:56.10%
NPV:95.00%

FERPLEX®

Fer protéinsuccinat

Boîte de 10 Flacons



