

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.

Nº P19- 0041226
ND: 14370

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1975 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AFKIR Lahcen

Date de naissance : 01-01-1949

Adresse : Sidi Othmane Bldc 26 N° 61 casa

Tél: 06 66388028 Total des frais engagés : 200,00 + 380,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/11/2010

Nom et prénom du malade : RAFIA M'hamed Hlima Age : 1169

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hypertension

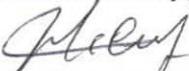
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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.

27 DEC. 2019
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) : M'hamed Hlima



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/11/19	Consultation		200,00	<i>[Handwritten signatures and stamp]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacien	12/11/19	380,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	G			
	B			
	[Création, remont, adjonction]			
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				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'EXECUTION

Open -

I

Ordonnance

109,00

① Destress

28,70d 2

1 cap ex x 2 m

② Seal of the  Civilian Control of Macau 1999

67100
38910 x2

21,50

Date : .

Heure :

(u) ~~High alpha~~ 100% ~~100%~~

23th 6/ ASKARDIL 160



110 P. 1. a Dm 29

6/ Levothyrox 50ug (76ug) / 69
110 P. 1. a Dm 29



Dr mohamed ALLAHI
Médecine Générale
Diplôme Universitaire en Diabète
Médecine du Sport - Endocrinologie
Bd. Jougla, Bloc 16, Appt. 1 Sidi Othmane-Casa
Tél : 05 22 37 09 77
INP : 091156612

Lot: Lot : DS02/19A
DLC: Dluo : 02/2022
P.P.C : 109,00 DH

Lot :
مجموعة
3488
BIOCODEX MAROC PPV 67.00 DH

Fab :
صنع
07/19

EXP. :
 صالح لغاية
07/22

PPV 28,20

مجموع
3318
BIOCODEX MAROC PPV 38.10 DH

صالح لغاية
02/19
02/22

LOT

PER

PPV

28,20

مجموع
3318
BIOCODEX MAROC PPV 38.10 DH

صالح لغاية
02/19
02/22

PPV : 21DH50
PER : 05/21
LOT : 11387

6 1118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 1118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336