

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

Déclaration de Maladie : N° S19- 0001086

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : AA 6 89 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : A. T. BAHADDou S.A. D.A. Date de naissance : 12-09-1972

Adresse : Jamila S. Rue 10. N°5 CD Casab

Tél. 06 62 46 97 61 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

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'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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram shows a 16x16 grid of nodes, each containing a number from 1 to 8. The grid is bounded by four lines: D on the left, G on the right, H at the top, and B at the bottom. Arrows indicate movement paths between nodes. The nodes are arranged in a pattern where each row and column contains every number from 1 to 8, with some nodes having multiple numbers. The movement paths connect nodes in a way that suggests a search or a path-finding algorithm like A*.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Pharmacie LAHBABI

DR. LAHBABI MOHAMED

0522-37-31-03

79/81 AVENUE N JAMILA 5 CITE DJEMAA , CASABLANCA

Facture N° FAC-160675

Date : 17/06/2020

AIT BAHADDOU SAIDA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
METFORMINE WIN CO 500MG B30 COMP	3	10,40	1	31,20
METFORMINE WIN 500MG CP PEL B30 P.P.V : 10DH40 6 118000 062127				
LOT : 20E007 PER : 12/2022				
METFORMINE WIN 500MG CP PEL B30 P.P.V : 10DH40 6 118000 062127				
LOT : 19E004 PER : 11/2022				
Code de TVA	1	2	3	Total HT 31,20 DHS
Taux	0%	7%	20%	TVA 0 DHS
Montant (DHS)	0	0	0	Total Organisme 0 DHS
				Total Client 31,20 DHS
				Total 31,20 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : trente et un DHS et vingt centimes

IF : 49602912 RC : 323426 ICE : 000478580000001

Tel : 0522-37-31-03 RIB : 225780024794093661012419

Adresse : 79/81 AVENUE N JAMILA 5 CITE DJEMAA , CASABLANCA