

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.

N° W19-513647

ND: 36983

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

66221

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Ezzaki Mousa

Date de naissance :

21.06.1961

Adresse :

81 Rue Mousse Ben Naisri

Tél. :

0661314394

Total des frais engagés :

420 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Ezzaki Mousa Age: 59 ans

Nom et prénom du malade :

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

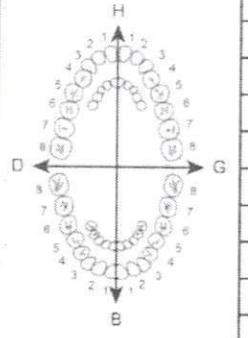
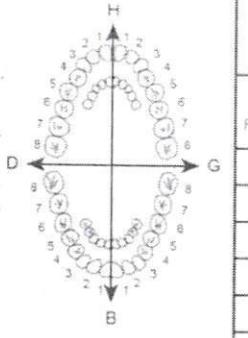
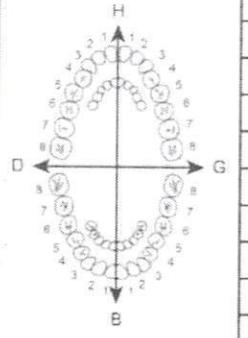
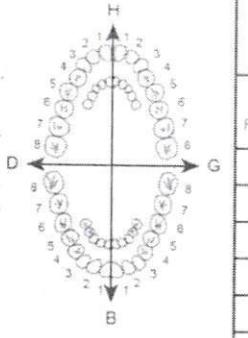
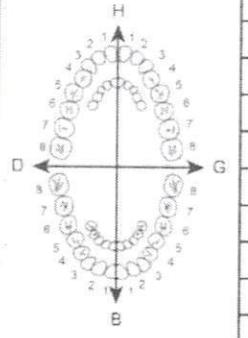
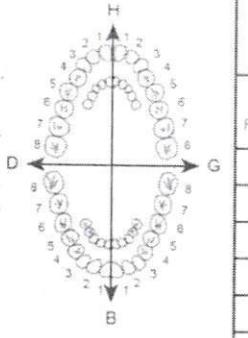
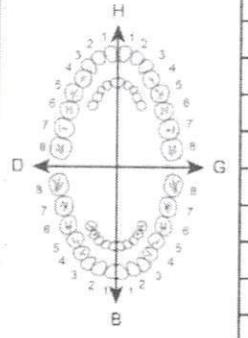
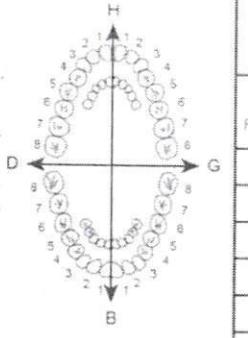
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : [REDACTED]
<i>PHARMACEUTIQUE AIDA Mme. BRAUER 196 Bd. Jules Ferry Tél: 05 22 26 32 53 + fax 05 22 26 38 61 ICE : 0017515060005</i>				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		<i>4200</i>

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		A M	P C	I M	I V

VOLET ADHERENT
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

	<input type="checkbox"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<input type="checkbox"/> MONTANTS DES SOINS
	<input type="checkbox"/> DEBUT D'EXECUTION
	<input type="checkbox"/> FIN D'EXECUTION
	<input type="checkbox"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<input type="checkbox"/> MONTANTS DES SOINS
	<input type="checkbox"/> DATE DU DEVIS
	<input type="checkbox"/> DATE DE L'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
H 25533412 00000000	G 21433552 00000000
D 00000000 35533411	B 00000000 11433553
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	



PHARMACIE AIDA
Benzakour HAYAT

Page : 1

FACTURE

N° FACTURE :65509

Date : 07/08/2020

Client :

EZZAKI MINA

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
METFORMINE WIN 500 MG COMP	1	10.40	10.40
DOLIPRANE 1G 8 COMP EFF	2	15.80	31.60

Total TTC = 42.00

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : QUARANTE-DEUX DHS

Bon rétablissement

الألمنيوم والجاجة

فواحة أقاها 8

لتر 1000 ملخ

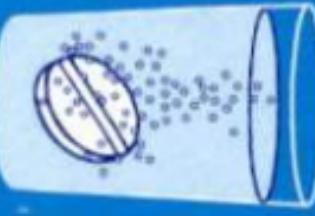
الألمنيوم والجاجة

فواحة أقاها 8

لتر 1000 ملخ

الكتاب
العناء من
15 سنة

الكتاب
العناء من
15 سنة



15,80

PPV15DH8
PER 07/12
LOT 1171
S1

15,80

PPV15DH8
PER 07/22
LOT 11921
S1



11

118000062127

difficultés

30 Comprimés

Metroline Win 500 м

Uniquement sur prescription médicale / Use it
Salon de coiffure

RESPÉCITER LES DOSES PRÉSCRITES

POSLOGIE / MALLI - HORWIES /

רשות / iOS

INFO-M

177 / 1111

100a

1040

A horizontal row of seven vertical bars of varying shades of gray, from black to white, used as a grayscale calibration or test pattern.