

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. 18741

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	2020	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ASSI DDOUKI MOHAMMED			
Date de naissance : 1950			
Adresse : Lot Moulay Idriss Rue 3 N° 25 DULFA CACT			
Tél. : 06 995 995 96	Total des frais engagés : 1000 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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) : 

Signature : S

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 : <input type="text"/>

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

Pharmacie STE PHIE ELGHAZOUA M

Adresse 17 LOT REGRAGA BP 1

Ville ESSAOUIRA

Tél : 0524792947



CNSS

R.C

PATENTE 47228618

I.C.E

I.F

Facture N° : 13

Date : 03/01/2020

Client

Client de passage

Chent de passage
Assiddik Notarre d

Forme	Désignation	Quantité	Prix PPV	Tva	Montant PPV
PD	INONGAN PD	1	13.2	7	13.20
PD	DIPROSONE PD GM	1	32.5	7	32.50
UE	FONDERMA SOLUTION	1	15.5	7	15.50
Taux TVA		Base TVA	Montant TVA	Montant Total HT	57.20
7.00		57.20	4.00	Montant Total TVA	4.00
				Montant Total	61.20

Arrêtée la présente facture à la somme de :

soixante et un Dhs et vingt Cts



Société Pharmacie
EL GHAZOUA MOGADOR
Dr. Zineb ASSAMAOUAT
Tél : 0524792947/0661417191

STE PHIE ELGHAZOUA MOGADOR

17 LOT REGRAGA BP 1543

ESSAOUIRA

Tél : 0524792947

Patente : 47228618

Vendeur : SULTANA

Ticket N° : 497574 du 03/01/2020

LIBELLE PRODUIT	MONTANT
INONGAN PD	
	1 x 13.20 = 13.20
DIPROSONE PD GM	
	1 x 32.50 = 32.50
FONDERMA SOLUTION	
	1 x 15.50 = 15.50

Montant Total : 61.20

Montant Net : 61.20

Montant Payé : 61.20

Montant Rendu . 0.00

Patient : Client de passage

Merci de Votre Visite

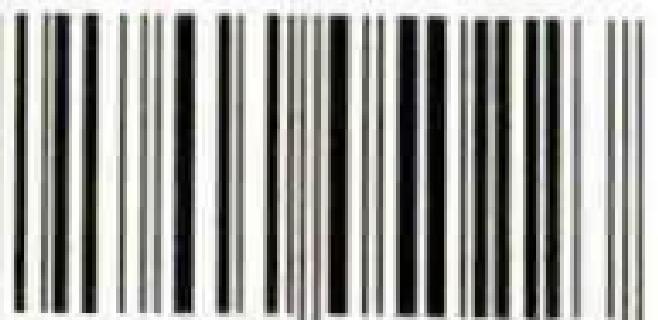
دیپروزون®
بیتا میتازون
للدهن

مرهم

% 0,05[®]

DIPROSONE 0,05 %

pommade



6 118000 050223

LOT : 571

PER : AUT 2022

PPV : 32 DH 50



AMM N° : 214 DAT/PH

P.P.V. : 15,50 DH

**الإرشادات - حالات عدم الاستعمال
المقادير وكيفية الاستعمال:
اقرأ البيان داخله.**

Indications - Contre-indications

Posologie et mode d'emploi :

Lire notice intérieure.

**Dr. Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable**

MODE D'EMPLOI

A l'aide de coton-tige badigeonner les lésions en débordant largement la région atteinte. Pratiquer deux applications quotidiennes jusqu'à complète disparition des signes cutanés.