

ECOM" CONDITIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

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.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 55521

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

SOUHAIL ABDELMAJID

Date de naissance :

01-01-1963

Adresse :

HABITUELLE

Tél. : 0662183090

Total des frais engagés : 1437,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Diabète

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 : CASA

Le : 18/01/2021

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 LAABOUDI SELWALI 17, Rue Al Bachir Lahlal Casablanca 17, Plateau 1000 17/01/2010	10 01 21	 PHARMACIE LAABOUDI SELWALI Casablanca 17, Plateau 1000 17/01/2010

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the 16S rRNA secondary structure, a complex hairpin-like molecule. It is organized into three main domains: the D (DH5') domain on the left, the H (DH5') domain at the top, and the C (DH5') domain on the right. The structure is further divided into numbered regions, with regions 1 through 16 labeled. The H domain contains regions 1 through 5. The C domain contains regions 6 through 10. The D domain contains regions 11 through 16. The regions are interconnected by various RNA linkages, forming a dense network of loops and stems.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION


PHARMACIE EL HILAL
LAABOUDI Selwa
 77, Rue Al Bachir Laâlaj
 Cité Plateaux - Casablanca
 TEL: 05 22 25 96 06 - ICE: 0015132390

Page: 1

PHARMACIE EL HILAL

77, Rue François Ponsard CASABLANCA

Mme Laaboudi Mazouz Selwa DOCTEUR EN PHARMACIE

CNSS:2013358 R.C:295391 PATENTE:34753673 I.F:14481405 TEL:05 22 25.96.06 FAX:05 22 98.89.87 ICE:001513239000014 INPE:92024256

F A C T U R E

Client.....: MME BILAL LATIFA

ICE.....: 18/01/2021

Date.....: 18/01/2021

FACTURE..... N°: 14

QUANTITE	DESIGNATION	PPV	PPV	MONTANT	TVA
----------	-------------	-----	-----	---------	-----

3	CO AMAREL 2MG	125,00	375,00	0
1	LANTUS SOLOSTAR STYLO 5	744,00	744,00	0
3	VITANEVRIL FORT CP	28,80	86,40	0
1	RINOMICINE ST	22,70	22,70	7
1	APROVASC 300/10M	209,00	209,00	0

DONT TVA: 7 %: 1.49 PPV

DONT TVA: 20 %: 0.00 LOT

TOTAL TVA: 1.49 PER

22,70

TOTAL : 1437.10

TOTAL NET: 1437.10

A LA SOMME DE:
PT Dirhams 10 Cent

PPV

LOT

PER

2880

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲

●

▲