

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° W19-549273

63925

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 7697

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABDALLAH EL RHASSOULI

Date de naissance : 09/03/61

Adresse : HADJ FATEH N° 79 OULFA

Tél. : 0670796263

Total des frais engagés : 225.80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21/12/2011

ACCUEIL



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
28.12.2022	c2	1	350,00€	INP : 081037903

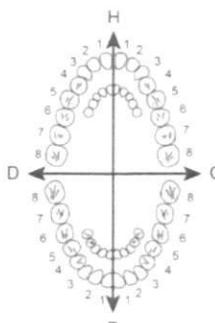
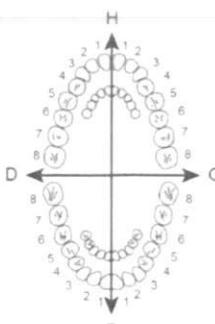
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input style="width: 100%;" type="text"/>												
																
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>																
MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>																
DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>																
FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>																
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	G															
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>												
	[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

Docteur Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

Ex. Médecin chef de l'hôpital Aïn Chock

■ Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles

■ Maladies Sexuellement Transmissibles

■ Cosmétologie

■ Allergologie

■ Chirurgie de la peau

■ laser



الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتسلسالية

طبيبة رئيسية سابقاً بمستشفى عين الشق

■ أمراض الجلد والشعر والأظافر

■ الأمراض التسلسالية

■ التجميل

■ العلاج بالليزر

■ جراحة الجلد والأظافر

Casablanca le : 28/12/2020

الدار البيضاء في :

PARFUM (FRAGRANCE), FARNESOL, HEXYL CINNAMAL,
LINALOOL, BUTYLPHENYL METHYPROPIONAL, BENZYL
SALICYLATE, CITRONELLOL, ALPHA-ISOMETHYL IONONE.

El R Houssouf

cheemas

199,50

- Zonise lotion



210

3 401394 808697

477,00

- Nectine body lotion déodorante



477
3 760 001 10386

Jan 100ml

$69,10 \times 6 = 414,10$

- Jelool gel 300 mg

100ml



des
et thereof

$90,10 \times 3 = 271,50$

- X23 gel

100ml 30ml



28 AOUT 2020

$$17,40 \times 2 = 34,80$$

clerical cream

Q

2011 10 08,
2011 10 10,
2011 10 11 F

279,00

-derjen. nein creine specciale

2011



Doctor Angel LATTI FA. HALLI
Ordinacion - Veterinaria
Avda. 10 de Mayo 1100 Hay Mazatlán
Col. Centro Tel. 01-800-228-1652

A circular blue ink stamp. The outer ring contains the text "PHARMACIE HAJ EADER" at the top and "DR. TAHRI JOUTEI" at the bottom. The inner circle contains "DR. TAHRI JOUTEI". A large, thick black "X" is drawn across the entire stamp.

28/12/20

Total = 1625,80

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP121UNCV
P.P.V : 69.00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

TETRALYSAL 300 mg
 Boîte de 16 gélules
 ANM N°26 DMP/21/NCV
 P.P.V : 69,00 DH
 Distribué par SOTHEMA
 BP N°1, 2782 Bouskoura-Maroc

 6 118001 070800

Lot N° / A consommer de préférence avant fin
Batch no/Rest before end of:

IPHADERM
Lotion

LOT 201087

EXP 04.2024
PPV 90,50 90 50

90,50
201088

LOT 201087 1
EXP 04/2024
0050
PPV 90 59

TETRALYSAL 300 mg
 Boîte de 16 gélules
 AMM N°26 DMP/21/NCV
 P.P.V : 69.01
 Distribué par SOTHEMA
 B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

 6 118001 070800

TETRALYSAL 300 mg
Boite de 16 gélules •
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69.00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

TETRALYSAL 300 mg
 Boîte de 15 gélules
 AMM N°26 DMP/21/NCV
 P.P.V : 69.00 DH
 Distribué par SOTHEMA
 B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

 6 112001 070800