

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

soins 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.

Médecine 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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

823 19 Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1057

Société : RAKS

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LATAICEL Molcaus

Date de naissance : 21/01/1948

Adresse : 50 Rue Bernard de Vaugelas

Tél. : 06 18 13 89 99

Total des frais engagés : 518,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

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 : 05/09/2021

Le : 07.8.2021

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
<i>(Signature)</i>	<i>11/08/2021</i>	<i>570,80</i>

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	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 WATO (EX M'BIRKOU)

153,day ould sidi baba derb ghalef

DR ADLOUNI ALAMI OUSSAMA

Pharmacien Aromathérapeute

Université de Genève

R.C :315533

Patente:34704247

T.V.A :

C.N.S.S:4622002

Tél :0522251607

Le 17/08/2021

FACTURE N°486135

N° ICE : 001560336000065

N° IF : 15204335

LAAKEL MOHAMED

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
00	JARDIANC 10MG CP	550,00	550,00	91,67	20,00
2	METFORMINE WIN500MG BT 30CO	10,40	20,80		

TOTAL T.T.C :

570,80

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	550,00	Montant
				91,67	

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinq Cent Soixante-dix Dirhams et 80 centimes.

Docteur Ahmed FAROUQI

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie
et Maladies de la Nutrition

Ancien Chef de Service d'Endocrinologie au CHU de Casablanca
à la Faculté de Médecine de Casablanca
à Faculté de Médecine de Lyon

وأحمد الفاروقى

أمراض الغدد والسكري

أمراض التغذية

صلاحة أمراض الغدد بالدار البيضاء

بكلية الطب بالدار البيضاء

ج كلية الطب بليون

Casablanca, le

02 NOV. 2020

550,00

10,40 x 2

10 570,80

1 60

J. MARZ M 4

14/14

14/14

14/14

at l'h. de Zouyg

Espace Walili 187, Bd Abdelmoumen, 7ème étage, N° 27. Casablanca et Tél.: 05 22 20 07 03 / 05 22 20 75 76 / 05 22 20 07 03.

187، شارع عبد المؤمن، الطابق 7، الرقم 27. الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 20 07 03 - 05 22 20 75 76

E-mail : endocrino.diabeto87@gmail.com البريد الإلكتروني :

Prof. Ahmed FAROUQI
Endocrinologist, Diabetologist
187 Bd Abdellatif Ben Badis, Casablanca
Tél: 05 22 20 07 03 - 05 22 20 75 76
Mobile: 05 22 20 07 03 - 05 22 20 75 76