

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

entaire :

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

Le 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° P19- 056225

83003

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

2886

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

AIT CHEIDOU LAHCEN

Date de naissance :

01.01.1950

Adresse :

No 21 Rue 106 Ben oued SABOU DULFA
CASA

Tél. : 0658214908

Total des frais engagés : 1839,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. RIMANI Ali
Psychiatre
N° 091924497

Date de consultation :

17/06/2021

Nom et prénom du malade :

AIT CHEIDOU LAHCEN

Age : 1950

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 : Casablanca

Le : 07/09/2021

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
17/06/2021	C		300,00	
				 RIMAINI Psychiatre 34497

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Dr. Bennani Jaafar Date Bd Oued Sebou - Oulfa	Montant de la Facture
Pharmacie NAM Dr. Bennani Jaafar Bd Oued Sebou - Oulfa CASABLANCA	17/06/21 12.32	1539,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR ALI RIMANI

Psychiatre

الدكتور علي رمانى

طبيب أخصائي في الأمراض

النفسية والعقلية

Dr. Bennani Jaafar
102, Bd Oued Sebou - Oulja
CASABLANCA
Tél: 0522 98 18 99

وصفة
Ordonnance

17/6/20

Dr. Chetou
halilien

150 x 5

1) Hypnot. 1000 mg.

100 mg - 0 - 2
100 mg - 0 - 2

150 x 5
TAM

130 x 3

2) Diss. 1000 mg

100 mg - 0 - 1

98,30 x 4

3) Hypnot. 300 mg

100 mg - 0 - 1

1539,20

14/6/20

Dr. RIMANI Ali
Psychiatre
CODE: 091024497

RDV:

17/9/20

الموعد

Résidence Normandie 2, Angle Bd. Sijelmassi et Av. de Nice, 5 ème étage N°9 Bourgogne - Casablanca

Tél.: 05 22 22 57 40 - GSM : 06 74 79 89 57

PER.:11 2023

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30
P.P.V:132DH00
LOT:20E018
PER.:11 2023
6 118000 062301

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30
P.P.V:132DH00
LOT:20E018
PER.:11 2023
6 118000 062301

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30
P.P.V:132DH00
LOT:21E002
PER.:02 2024
6 118000 062301

$$\begin{array}{r} 132 \times 3 \\ \hline 396,00 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 150 \times 5 \\ \hline 750,00 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 98,30 \times 4 \\ \hline 393,20 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 396,00 \\ 750,00 \\ 393,20 \\ \hline 1539,20 \end{array}$$

TOTAL, GL

LOT:PA00595
PER:06-2022
PPV:150,00DH

LOT:PA00595
PER:06-2022
PPV:150,00DH

LOT:PA00595
PER:06-2022
PPV:150,00DH

LOT:PA00603
PER:06-2022
PPV:150,00DH

98,30

98,30

98,30

98,30

Royaume du Maroc



Royaume du Maroc

Ministère de l'Economie, des Finances
et de la Réforme de l'Administration
Direction Générale des Impôts

Avis de demande de paiement SIMPLIR

Année : **2020**

Mois :

Versement IR : **VERSEMENT IMPOT REVENUS FONCIERS**

Identifiant fiscal : **51501106**

Nom, Prenom ou raison sociale : **LAHCEN AIT CHETOU**

20/08/2020
30.00
1539,80