

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

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.

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

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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **11451** Société : **R.A.M**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **Hajer Chi Banaïssse**

Date de naissance : **28.06.1961**

Adresse : **Gardien EL Qods Résidence AL FAJR**

J.M. ANNA MANE Sidi El bernoussi caser

Tél. : **06.84.23.12.72** Total des frais engagés : **1383,00 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

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 : Le : / /

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
	02/11/21	1383,00

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
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

صيدلية الغوفران PHARMACIE GHOFRAÑE

الزنقة 2 الرقم 116 بلوك (س) حي القدس سيدى البرنوصي - الدار البيضاء - الهاتف : 022 73 26 31

Mme HARIOUA Laïla
Docteur en Pharmacie
Diplômée de la Faculté
de TOURS en France



السيدة أهريوة ليلى
دكتورة في الصيدلة
خريجة كلية تور بفرنسا

Layachia Zineb

Casa, le 02/11/21

FACTURE N° 000562

DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
Apidra 100U/ml. inj b6 sty	1	439,00	439,00
Lantus 100U/ml. inj b6 sty	1	744,00	744,00
Bandebelle 100U/ml. inj b6 sty	2	109,00	218,00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml. inj b6 sty
P.P.V : 439,00 DH

Barcode: 6 118001 081639

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml. inj b6 sty
P.P.V : 744,00 DH

Barcode: 6 118001 081615

La Présente Facture est Arrêtée a la somme de :

1383,00

PHARMACIE GHOFRAÑE
Dr. HARIOUA LAÏLA
Rue 2 N° 116 Al Qods (C)
Quartier Al Qods Sidi Bernouss
Casablanca

Signature

Cachet

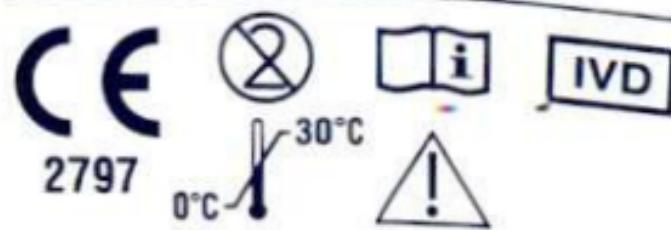
For further assistance, please see contact information on the last page of the User Guide.
Pour obtenir une assistance, voir les coordonnées sur la dernière page du manuel d'utilisation.

لزيـد من المسـاعدة يرجـى مراجـعة بـيـانات الاتـصال المـوجـودـة فـي الصـفـحة الـآخـرـة من تـلـيل الـمـسـتـخدمـ.

برـاي رـاهـنمـائـي بـيـشـترـ، لـطـقاـ بهـ اـطـلاـعـات تـنـاسـ درـ صـفـحـهـ آخـرـ
راهـنمـائـي كـارـيرـ مـراجـعـهـ كـيـدـ

Damoun Tajhiz Teb Co.
#14, 5th floor, No. 33, Syed Reza Saeedi St.,
Vali-e-Asr Ave.,
Tehran, 1967865637
Iran
Phone : +98 21 26218306

ABIAGAIT HEALTHCARE SOLUTIONS LIMITED
7, MORONU MADUAGWU STREET, SURULERE, LAGOS,
NIGERIA
TELEPHONE: +2348033131500
Email: ahs@abiagait.com
Website: www.abiagait.com
NAFDAC REG. NO: 03-2234



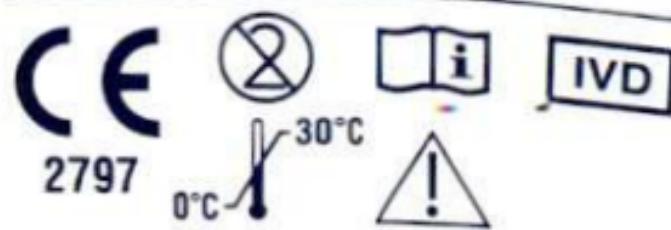
For further assistance, please see contact information on the last page of the User Guide.
Pour obtenir une assistance, voir les coordonnées sur la dernière page du manuel d'utilisation.

لزيـد من المسـاعدة يرجـى مراجـعة بـيـانات الاتـصال المـوجـودـة فـي الصـفـحة الـآخـرـة مـن تـلـيل الـمـسـتـخدمـ.

برـاي رـاهـنمـائـي بـيـشـترـ، لـطـقاـ بهـ اـطـلاـعـات تـماـسـ درـ صـفـحةـ آخـرـ رـاهـنمـائـي كـارـيرـ مـراجـعـهـ كـيـدـ.

Damoun Tajhiz Teb Co.
#14, 5th floor, No. 33, Syed Reza Saeedi St.,
Vali-e-Asr Ave.,
Tehran, 1967865637
Iran
Phone : +98 21 26218306

ABIAGAIT HEALTHCARE SOLUTIONS LIMITED
7, MORONU MADUAGWU STREET, SURULERE, LAGOS,
NIGERIA
TELEPHONE: +2348033131500
Email: ahs@abiagait.com
Website: www.abiagait.com
NAFDAC REG. NO: 03-2234



5 016003 763502