

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.

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.

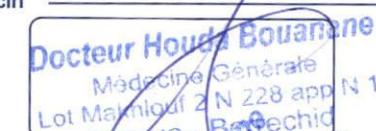
Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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**Cadre réservé à l'adhérent (e)**Matricule : *1373* Société : *RAM* Actif Pensionné(e) Autre :Nom & Prénom : *MARY. Abdelkader*Date de naissance : *19.10*Adresse : *ONIA 250 Derzouq*Tél. : *06.33.53.30.01* Total des frais engagés : Dhs**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : *11/11/21*Nom et prénom du malade : *MOUTAHLI SAÏD* Age :Lien de parenté : Lui-même Conjoint EnfantNature de la maladie : *Hypertension*

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 : *21/11/21* Le : *20/11/21*Signature de l'adhérent(e) : *J2*

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
11/11/2019	Docteur Houda Boujedane Médecine Générale Lot Makhlof 2 N 228 app N 1 Deroua - Berrechid Tél 0522 51 59 13	1300	Docteur Houda Boujedane Médecine Générale Lot Makhlof 2 N 228 app N 1 Deroua - Berrechid 0522 51 59 13	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CHIRAB EDDINE Halkima Assessment Al Mochlis by Mohammad - S Jeb 05/22	M.M.2021	1448,30

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 canalaire, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth. The upper arch (maxilla) has teeth numbered 1 through 8 from left to right. The lower arch (mandible) also has teeth numbered 1 through 8 from left to right. The teeth are represented by small circles with numbers inside, and the arches are shown as curved lines connecting the teeth.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. Houda BOUANANE
Médecine Générale

Diplômée de la faculté de
Médecine de Casablanca
Tél : 05 22 51 59 13



الدكتورة هدى بو عنان
الطب العام

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
الهاتف : 05 22 51 59 13

Deroua le, 11/11/2021

Mme MARARY Saida

LANTUS SOLOSTAR

NOVORAPID FLEXPEN

KARDÉGIC 160 B/30

1 sach / j, ap rep

NOCOL 20 MG B/30

1 cp / j



T = 1448133
Dr Houda Bouanane
Médecine Générale
Lot Maklouf 2 N° 228 app N° 1
Deroua - Berrechid
Tel : 0522.51.59.13



جزئية مخلف 2 الرقم 228 الشقة 1 الدروة - برشيد
Lot Maklouf 2 N° 228 Appartement 1 Deroua - Berrchid
E-mail: cabinetdrbouanane@gmail.com

Respecter les doses prescrites

احترم الدواعير المعلنة

Uniquement sur
ordonnance/Liste II

يصرّف فقط بمحض وصفة
طبية/ادوية ||

~~NovoRapid® FlexPen®
100 U/ml
Solutio injectable
5 styles pré-remplis de 3 ml
PPV : 571,00 DHS~~

8 46670-73-270-2



مستورد وموزع من طرف لاپروفان
زنقة الاودية 21
الدار البيضاء 20300

© 2018

نوفونورديسك ش / م

نوفوالي DK-2880
باوسفيرد ، الدنمارك



novo nordisk®