

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.

ntaire :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Maladie

Dentaire

98445

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A360

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : MOUSSA FIKR

Abdelrahim

Date de naissance : 18/5/3

Adresse : Habtielle

Tél. : 0670865561

Total des frais engagés : 48,40 DH 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 : 30/12/21

Signature de l'adhérent(e) : BJ



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature 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>BN 101984 DOM 01/2021 EXP 01/2023</i>	2021/02/21	681.60 DZ

ANALYSES - RADIographies

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

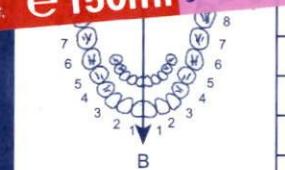
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

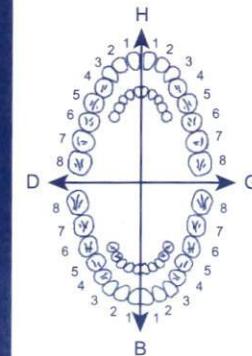


Soulever ici.
Ne pas enlever.

e 150ml



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée. L'acte praticien

DISPONIBLE EN PHARMACIE UNIQUEMENT

غافسكون ادفانس
GAVISCON
ADVANCE

AROME ANIS
SOULAGEMENT RAPIDE ET PUISSANT
• Brûlures d'estomac & indigestion •
• Tonicité de la muqueuse et rassurant •
• Formule extra puissante •
• Effet Longue Durée •
نکهة الینسن

ك جيدا قبل الشرب.
ركوة في متطلبات الأطفال.
تخزين في درجة حرارة تقل عن 30 منوبة.
ب الحفاظ على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر.
 Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigerer.
Tenir hors de portée des enfants.
Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni:
Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.
Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des marques de comm
Utiliser dans les 6 mois après ouverture.
AMM N°205/15 DMP/21/NNP
PPV: 48 DH 40

BN 101984
DOM 01/2021
EXP 01/2023

3079955

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صيدلية الغفران

PHARMACIE GHOFRANE

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

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



DRB : 1589746800008

Casa, le 21/12/2022

FACTURE N° 007664

DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
Gaviscon	1	48.00	48.00

La Présente Facture est Arrêtée a la somme de :

Signature

Dr. HARIOUA LAÏLA
Rue 2 N° 116 Bloc (C)
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

Dr. HARIOUA LAÏLA
Rue 2 N° 116 Bloc (C)
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca