

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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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 à caractère personnel.

N° M21- 0034154

MUPRAS
RECEPTION 101058
Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1790

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAMILAU BENDAOUD

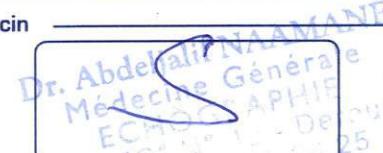
Date de naissance : 1959

Adresse :

Tél. : 06 63 25 93 94 Total des frais engagés : 120 DT 294,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07 JAN 2022

Nom et prénom du malade : ZADI ZALOUA

Age : 79

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 : DEROUA

Le : 24/01/2022

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
07 MAI 2012	CS	1	Ab. 00	Abdeljalil NABIL GENEVE 25

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dernier Fix 05.22.53.20.54	24/05/2014	294130

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

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth (1 through 8 on each side of the midline). The teeth are arranged in four groups: upper central incisors (1), upper lateral incisors (2), upper canines (3), upper molars (4), lower canines (5), lower lateral incisors (6), lower central incisors (7), and lower molars (8). The arch is oriented with a vertical axis (H) pointing upwards, a horizontal axis (D-G) pointing to the left, and a horizontal axis (B) pointing to the right.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE

Docteur en Médecine
Echographie
Bloc Q N° 12 - Deroua
Tél.: 05 22 53 28 25
Visite à Domicile

دكتور في الطب
الفحص بالصدى
بلوك رقم 12 - الدروة
الهاتف : 05 22 53 28 25
زيارة في المنزل

ORDONNANCE

الدروة في :
Deroua, le : 07 JAN. 2022

N°. 202101, Retour A
99,70 AF

→ Zithoma 100 mg 1
day 2 g 100 mg 1/2 Q8
27.70

→ codex 100 mg 1/2 Q8
36,60 euf 1/2 AF

→ Retour 2 g 1/2 Q8 36.6 °
day 2 g 100 mg 1/2 Q8

→ Retour 100 mg 1/2 Q8 14.00
day 100 mg 1/2 Q8

→ Retour 100 mg 1/2 Q8 9.00
day 100 mg 1/2 Q8

→ Zim 100 mg 1/2 Q8
15,30

→ Retour 100 mg 1/2 Q8
294,30 AF

PHARMACIE EL OUMONIMA
244 lotissement et wafaa
Deroua
Fix: 05.22.53.20.54

PHARMACIE EL OUMONIMA
244 lotissement et wafaa
Deroua
Fix: 05.22.53.20.54

Abdeljalil NAAMANE
Médecine Générale
ECHOGRAPHIE
Bloc Q N° 12 - Deroua
Tél: 05 22 53 28 25

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90

EXP 09/2024

LOT 18066 25

UT.AV. 03-2023

79,70

P.P.V.

20 comprimés

effervescents

Ita C 1000®

PPV 15DH30

EXP 09/2024

LOT 19036 3

LOT N° : FM 3

PARANTAL®

09366030/4

PPV 14DH40

EXP 02/2023

LOT 12040 3

P.P.V.

79,70

PHARMAS
LOT : 3804
UT.AV : 10-24
PPV : 36DH60



09366030/4