

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

Conditions 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.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie 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.

Optique :

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

Rééducation :

- 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.

Dentaire :

- 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-585605

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : **11233**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **MORCHID ELDRISSI SAMIR**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0661855352** Total des frais engagés : **426.00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation

Nom et prénom du malade

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **/ /**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Formuleur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ASSISTÉE LOTASSISTANCE 89 89 56	9/2/2022	146,3

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 de l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				CoeffICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			CoeffICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;"></td> </tr> </table>			H	25533412 21433552	00000000 00000000		D	00000000 00000000			B	35533411 11433553			G		
		H	25533412 21433552																
		00000000 00000000																	
		D	00000000 00000000																
B		35533411 11433553																	
G																			
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			



Dr. Imane TIRHAZOUINE

د. إيمان تيغزوين

- Dermatologie - Vénérérologie
- Allergologie
- Chirurgie de la Peau et des Ongles
- Dermatologie Esthétique
- Laser

- اختصاصية
- في أمراض الجلد والشعر والأظافر
- الأمراض التناسلية حساسية الجلد
- جراحة الجلد والأظافر
- الطب التجميلي الليزر

Casablanca, le : 09/09/2011

7^{me}

Mehrez Idroussi

Sara

69,-

1) - Alasténil lotion



69,00

AM77	0126
LOT	PER
Prix	69.00

Palette quotidienne du visage

87,3-

2) - Dermfix crème



Japon 1/2 le matin sur l'épilépi du visage

20,-

3) - Eclatiderm crème



Japon 1/2 le matin sur l'épilépi du visage

20,00

176,3-

PHARMACIENOURAH HOUDE
55 LOT YASSINE LISSASEX
CASABLANCA
Tél: 05 22 89 89 56

01	21/09
E	11/24
PP	2001000

RDV le 10/09

Dr. Imane Tirhazouine

Tél : 05 22 90 54 63 - GSM : 06 27 41 26 67 - E-mail : imane_tr@hotmail.com
344, Bd. Oued Daoura, 1^{er} Etage - Lot. Haj Fateh - Oulfa
Casablanca - Maroc