

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 :

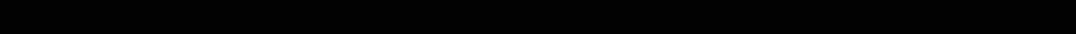
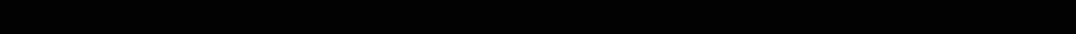
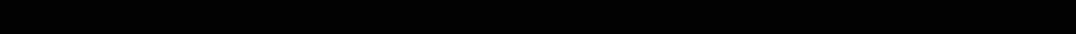
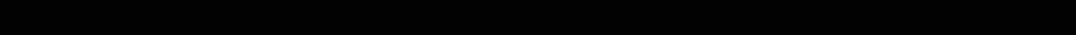
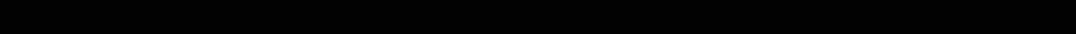
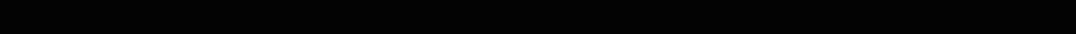
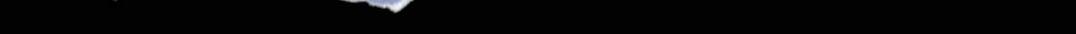
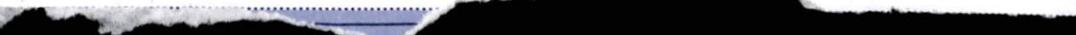
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

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.

| | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|
| Matricule : <i>767</i> | Société : <i>RAM Retraite</i> | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : <i>Labdaâ Med</i> | | |
| Date de naissance : <i>1941</i> | | |
| Adresse : <i>Hay El Attia Rue 3 N° 28 El oufia Casab.</i> | | |
| Tél. : <i>0664094165</i> | Total des frais engagés : | <i>F 1108,60 f Dhs</i> |



RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 28/09/2019 | 9 | | 1000H |  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|--|
|  PHARMACIE SALAH EDDINE Mme HASSOUNI Selma Docteur en pharmacie Bd Ouled Soud 56 Tel : 03 22 90 50 00 56. Bd Ouled Soud Selma | 28/11/22 |  PHARMACIE SALAH EDDINE Dr. SALAH EDDINE Docteur en pharmacie Bd Ouled Soud 56 Tel : 03 22 90 50 00 56. Bd Ouled Soud Dr. SALAH EDDINE |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|-------------------------|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|-------------------------|
| | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | |
| | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | |
| | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table> | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G | 00000000 | 00000000 | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| G | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| | <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | 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 | | | | | | | | | | | | | |

EXPERT ASSERMENT PRES LES TRIBUNAUX

Diplômé de l'Université de Montpellier 1

PREVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE

ECHOGRAPHIE

PHARMACIE SALAH EDDINE
 Mme HASSOUNI Selma
 Docteur en pharmacie
 56, Bd Oued Sbaa Casablanca Tel: 05 22 90 50 00

Casablanca, le :

خبرير ملحق لدى المحاكم
 خريج جامعة مونبليي 1
 الفحص بالصدى

28/01/22

- Amarel 1mg SV 87,80x3

~~195 mg~~ - Triotoc 10 SV 207,00x3

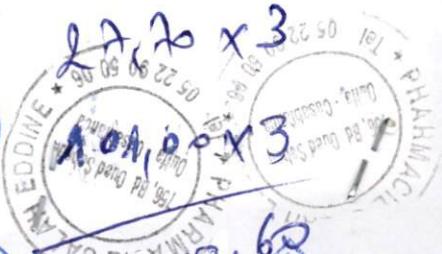
~~195 mg~~ - Amep 5mg SV 49,40x3

~~195 mg~~ - cardio AF SV

- relaxant SV

~~195 mg~~ - V. SV 1308,60

~~V.~~ - traitement de 3kg



PER.: 10/2024
LOT: 1001

AMAREL 1MG
CP B30

P.P.V.: 1DH10

Barcode: 118000 060024
9 6 9

Barcode: 118000 060024
6 118000 060024
P.V.: 51DH10
LOT: 10/2024
AMAREL 1MG
CP 830

Barcode: 118000 060024
6 118000 060024
P.V.: 31DH10
LOT: 10/2024
AMAREL 1MG
CP B30

LOT: 21EB001
P.V.: 10/2024

207,00

207,00

207,00

AMEP® 5mg
28 comprimés



6 118000 081524

49,40

AMEP® 5mg
28 comprimés



6 118000 081524

49,40

AMEP® 5mg
28 comprimés



118000 081524

49,40

Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique
P.V. : 27/70 DH
Bayer S.A.
Barcode: 118000 090280
6

Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique
P.V. : 27/70 DH
Bayer S.A.
Barcode: 118000 090280
6

Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique
P.V. : 27/70 DH
Bayer S.A.
Barcode: 082060 7000100 DH
O

LOT 1111923

EXP 11/24

PPV 101DH00

VELAXOR® LP 75 mg
30 gélules à libération prolongée



6 118001 250677

LOT 1111923

EXP 11/24

PPV 101DH00

VELAXOR® LP 75 mg
30 gélules à libération prolongée



6 118001 250677

LOT 1111923

EXP 11/24

PPV 101DH00

VELAXOR® LP 75 mg
30 gélules à libération prolongée



6 118001 250677