

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

N° W21-794067

156611

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4928

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FITOUK

Touria

Date de naissance :

10/08/156

Adresse :

Lot Allal Ben Abdellah

79, Rue Fakir

Tél. :

0661516246

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

09/10/123

Nom et prénom du malade :

Fatima

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète + HTA

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 : 09/10/123

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/10/123

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 09/01/23 | C | - | 150 | INP : 09 103 5568 DR BOUDDAD Lazhar Médecin général Lot Annab à l'Inn, A20 N°101 CASABLANCA Tel: 05 22 01 - |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| STEPHARMACIE Cesalpino Maj 1er étage Rue 6 N° 37 Lyon - Tel: 04 22 93 10 28 | 09/01/2023 | 847,60 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

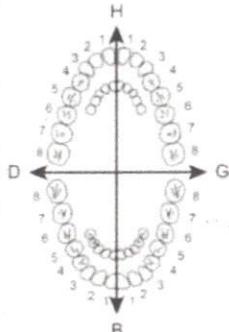
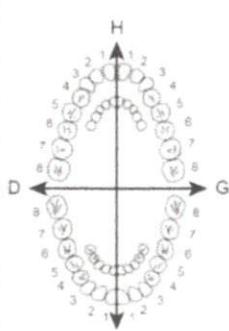
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| 09 - 01 23 | | | | | | |

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 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 PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | $ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |

30,80x3 laoxygl 35gt 1+

Laroxyl®

RPV:39DH80
PER: 03/25
QT: L1163

PPV:39DH80
PER: 07/25
LOT: L2654

PPV:39DH80
PER: 09/25
LOT: L2831

5310 - Relax

~~SUT-60~~ APT 2t
SUT- Glucosidase on coll

— Baudelot's or coll.

~~RELAXOL 500MG/2MG
CP 820~~

DIF
Losorigh

STE PHARMACE HAMZA
CASABLANCA

Lotsa Help Your 6th Grade Math Test



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102
 Levothyrox® 50µg.
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH



Lecteur garantie 5 ans



MUTUELLE

sur la

REMBOURSE

D'lus

la Glycémie

Système de mesure de la glycémie

On-Call® Plus

نظام مراقبة نسبة الجلوكوز في الدم

يعتمد عليه

نتائج مريحة خلال 10 ثوان

السهولة

ميسور

التكلفة الفحص المنتظم يساعد على المراقبة

أقل إيلاما

عينة صغيرة جدا من الدم - $1\mu\text{L}$
فحص من طرف الإصبع أو من الساعد



لاختبار نسبة الجلوكوز في الدم بكامله.
للختبار الذاتي والاستخدام المهني.
للاستخدام الخارجي من الجسم فقط.



35°C



500 hPa



1060 hPa



90%



10%

CE 0123

©2020 ACON Laboratories,



INFO PHARMA
10, Rue Boulmane Bourgoane

Tel: + 212 5 22

+ 212 522 22 12 55
Fax: + 212 522 47 45 92

• 100 •

Digitized by srujanika@gmail.com

On-Call Plus

1990-1991

REMBOURSÉ
par la
MUTUELLE

©2020 ACON Collaborations.



INFO PHARMA
10^e Rue Boulemane Bourgogne

Tel: + 212 5 22

+ 212 522 22 12 55
Fax: + 212 522 47 45 92

תְּהִלָּה וְעַמְּדָה

On Call Plus

1992

REBOURSÉ
par la
MUTUELLE

NOBEL PHARMA SARL

FACTURE N° : 2300091

MME FAROUK TOURIA

Code Client : 000001

Casablanca le, 09/01/2023

| Code Article | Désignation | Qté | P.U. | Montant | Tva |
|--------------|------------------------------|------|--------|---------|--------|
| 006143 | ON CALL PLUS /25 BANDELETTES | 3.00 | 80.00 | 240.00 | 20.00% |
| 006751 | ON CALL PLUS KIT | 1.00 | 150.00 | 150.00 | 20.00% |

| | | |
|---------------|-------------|--------------|
| 325.00 | 20 % | 65.00 |
| | | |



| | |
|--------------|--------|
| TOTAL H.T. | 325.00 |
| TOTAL T.V.A. | 65.00 |
| TOTAL T.T.C. | 390.00 |

**Arrêtée la présente facture à la somme de :
TROIS CENT QUATRE VINGT DIX 1.**