

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05774

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : REZKELIS Meugne

Date de naissance : 01/08/1961

Adresse : RE El Noussir Im 8 # T 13d Ghardi

Caro

Tél. : 0661155894 Total des frais engagés : 306,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Héme BE UNNIS MOUZH

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HIA

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23/12/24 | CS | - | Gros V IN : 091021711 | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 23/12/24 | 262,00 |
| | 10/12/24 | 44,00 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SUINS DENTAIRES

| | | |
|--|---|--|
| | | |
| SUINS DENTAIRES | | |
| Traitements | | |
| CCEMENT DES TRAVAUX | | |
| MONTANTS DES SOINS | | |
| DEBUT D'EXECUTION | | |
| FIN D'EXECUTION | | |
| COEFFICIENT 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 | |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

| | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| H | G |
| 25533412 00000000 35533411 | 21433552 00000000 11433553 |
| D | B |

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| H | G |
| 25533412 00000000 35533411 | 21433552 00000000 11433553 |
| D | B |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Dr Najah BENCHEKROUN

Cardiologue

Ancienne Interne des Hôpitaux de Nice

Diplômée de la Faculté de Nice Sophia Antipolis

Echo Doppler Cardiaque et Vasculaire

Holter Tensionnel et ECG

Epreuve d'effort



الدكتورة نجاح بنشرoron

اختصاصية

في أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب بنيس (فرنسا)

Mme BENNIS NOUZA
le 93/08/2024

262.50 x 3

S.V.

Nebilet: 1cp/j - QSP 3 mois.

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■
28 comprimés O
PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■
28 comprimés O
PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■
28 comprimés O
PPV 87DH50

QSP 3 mois

F 2262.50

Dr. BENCHEKROUN Njah
Cardiologue

Signature

6 118000 050247
44,00 DHS
Prix Public de Vente
AMM 121/17DMP/21/NR0
Maroc

377676F

**Pharmacie LES JARDINS DE L'OCEAN -
Casablanca (NEW)**

Leila LADRHAM



Facture N° FAC-292953

Date : 10/03/2024

Bennis Nouzha

Maroc

| Produit | Qté. | P.U | TVA | Total |
|----------------------|------|-------|-----|------------------|
| BIAFINE EMULSION 93G | 1 | 44,00 | 2 | 44,00 |
| Code de TVA | 1 | 2 | 3 | |
| Taux | 0% | 7% | 20% | |
| Montant (DHS) | 0 | 2,88 | 0 | |
| Total HT | | | | 41,12 DHS |
| TVA | | | | 2,88 DHS |
| Total Organisme | | | | 0 DHS |
| Total Client | | | | 44,00 DHS |
| Total | | | | 44,00 DHS |

Arrêté la présente facture à la somme de : quarante-quatre DHS

Pr
L
I
L
R
OCEAN BAY Au
Casablanca
15
DS 24
P