

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 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.

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° W19-499032

47164

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : **5459**

Société :

RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAHDOUNI DRISS

Date de naissance :

21/08/1958

Adresse :

LOT SAFSAF N° 63 MARRAKECH

Tél. : **06 19 83 21 07**

Total des frais engagés :

328,45

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **09/11/20**

CH

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant detailié des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Al-Hassani</i> El FEK / El Hassani Str. El Hassani 363 Tel: 05 24 34 33 86	25/8/2020	328,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS D'ORAIRES

Le praticien est tenu de préciser la(ou) maladie traitée, l'acte pratiqué, en indiquant la nature des soins.

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cancéreux, ainsi que le bilan de l'ONF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
05533410 21423652
00000000 00000000
00000000 00000000
35533411 11433553

[Creation, remont, adjonction]

Ensuite, l'accompagnement nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Jamali Azzeddine

SPÉCIALISTE

CHIRURGIE ET MALADIES DES YEUX

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Clermont Ferrand en France

Sur Rendez-vous

ICE : 002163054000078

الدكتور جمالي عزالدين

اختصاصي

في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بكلمن فرن بفرنسا

بالموعد

INP : 071079883

Marrakech, Le

مراكش في

cleani

Diss

164.20 x 2

⇒ Cosopt fl 50

LOT T009742 1
EXP 12 2021
PPV 164.20 DH

1 fl x 02 1 g.

LOT T009712 1
EXP 12 2021
PPV 164.20 DH

150.0

⇒ Hylo loco fl 50

03 ml

0.22 - 0.1
2.94.96 t

4 fl x 04 15

LOT

4-5.00 H

328.45

1 ml

Docteur JAMALI AZZEDDINE
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
213, Avenue Mohamed V - Guéliz
MARRAKECH - Tél. : 05 24 44 95 25

213, شارع محمد الخامس (قرب الخطوط الجوية الملكية، بين باب الوفاء ومصرف المغرب) - الهاتف : 05 24 44 95 25 - مراكش

213, Avenue Mohamed V Marrakech - Guéliz (à côté de Royal Air Maroc, Entre Wafa Bank et Crédit du Maroc) - Tél. : 05 24 44 95 25