

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## litions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

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

## ication :

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.

## aire :

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.

## die 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

48 656

## Déclaration de Maladie : N° S19-0003083

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2273 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Belghith

Date de naissance : 19/09/52

Adresse :

Tél. : 06 66 198559 Total des frais engagés : 48,42 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  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 : .....

Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : 

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE FOUILLÉE Docks Santé Espace 33 32 25</i>	<i>Maars Lancry</i>	<i>48,40</i>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

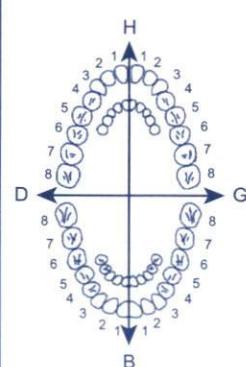
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**



**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# PHARMACIE IBN TAIMIA

LOT ALADARISSA N°119 SIDI MAAROUFCASA

PHD MICROBIOLOGIE

DEUST Dermopharmacie et Cosmetologie  
DEUS Pharmacie Clinique

R.C :337980

Patente:36102085

T.V.A :77300610

C.N.S.S:2300771

Banque:013780010710002170014148

Tél :0522335225

Le 02/10/2020

FACTURE N°254273

N° ICE : 001683360000085

N° IF : 77300610

BELGHITI ABDERRAHMAN

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
1	GAVISCON SIROP MENTHE	48,40	0,00	48,40	48,40		48,40	3,17	7,00



DISPONIBLE EN PHARMACIE  
UNIQUEMENT

خافسكون ادفانس

GAVISCON ADVANCE

GOUT MENTHE

SOULAGEMENT RAPIDE ET PUISSANT

• Brûlures d'estomac & indigestion

• Formule extra Puissante

• Toux de gorge Aérosol

• Toux de gorge Aérosol

• Effet Longue Durée

نهاية العناية

بحرك جيدا قبل الشرب.  
لا تتركه في متناول الأطفال.  
يتم التخزين في درجة حرارة تقل عن 30 مئوية.  
لا يجب الحفاظ على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر.

Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.  
Tenir hors de portée des enfants.  
Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni:  
Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.  
Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des marques de commerce.  
Utiliser dans les 6 mois après ouverture.  
AMM No 104/14 DMP/21  
PPV: 48 DH 40

BN 931882  
DOM 11/2019  
EXP 11/2021

3079956

DROIT TIMBRE 0.25%	Soulever ici. Ne pas enlever.	e 150ml	Exclu du sucre	Remise	0,00	= NET TTC	48,40
Nombre d'Articles : 1	TVA 7% Base :	45,29	Montant :	3,17	TVA 20% Base :		Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :

Quarante Huit dirhams et 40 centimes.