

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	19381	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>Fit Kechach Icham</i>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<i>08 NOV. 2010</i>
Nom et prénom du malade :	<i>Fit Kechach Icham</i>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> 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) : *[Signature]*

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des
					<input type="text"/>
					Montant des soins <input type="text"/>
					Début d'exécution <input type="text"/>
					Fin d'exécution <input type="text"/>
					Coefficient des travaux <input type="text"/>
					Montant des soins <input type="text"/>
					Date du devis <input type="text"/>
					Fin de <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H	25533412 21433552 00000000 00000000	G	
	D		00000000 00000000 35533411 11433553		
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
VOLET ADHERENT		NOM : Ait Koch Koch			Mle 12984
DECLARATION N°		W18-399945			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
	367,71 MAD				
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois					
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					



W18-399945

DATE DE DEPOT

08.11.2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 12984
Nom & Prénom Ait Koch Koch hicham		
Fonction Cadre	Phones 0660702388	
Mail haitkochkoch@royalairmaroc.com		
MEDECIN		Prénom du patient Ziyad Ait Koch Koch
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/> Age 1 ans Date
Nature de la maladie Sisyphe		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes C2	Nbre de Coefficient 1	Montant détaillé des honoraires 25
PHARMACIE		Date 7/10/19
Montant de la facture 117,70		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM IV

Dr. EL BENIA El Hassan
52, Rue Sidi El Tariq
Casablanca - Tél: 022.55.03.46
Fax: 022.55.03.45
E-mail: 06177.34.45

Dr. SARTAL FATIMA
Pharmacie Acharaf
Rue Sidi El Tariq
Casablanca - Tél: 0522.25.22.09

Dr . El Hassan EL BENNA

PEDIATRE

Diplômé de l'Université de Bordeaux II
D.U. d'Urgence et Réanimation
du Nouveau-Né et de l'Enfant

الدكتور الحسن البنا



اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع
خريج جامعة بوردو (فرنسا)

Casablanca, le 07-10-19.....

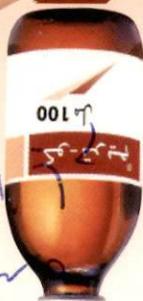
Ait Kech Kech Zayad

- 79, 2
- Tasection Sabah. P 4j S.V.
- 21, 2
Cotrim Sinop 6j
1c x 2/j
- 17, 2
Doli pédiatri que
Idem 14.5 / 6h
- 117, 70

Name BARTALEIMA
Pharmacie Achraf
Rue Socrate - Maârif
Casablanca - Tel: 0522 25 22 09

Dr. EL BENNA El Hassan
PEDIATRE
34, Rue Socrate Résidence Sabah
Maârif - Casablanca
Tel: 022.98.03.46 GSM: 061.11.34.44

100 લાખ



A small brown glass bowl containing a dark, granular substance, possibly a spice or herb.

سازمان اسناد و کتابخانه ملی

PPV 21DH20 EXP 05/2022
LOT 93011 3

CO-TRIM®

100 ml

22. Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Arome caramel

SOLUTE BUVABLE à 3 %



LEURS ET FIEVRE

ACETAMOL

DIA TRIQUE

oli®
BIOUE

17DH50
02/22
1353

Tasectan®
Poudre pour enfants

Poudre pour enfants

رسانی از پورتال اسناد
مسحوق لایه طفایل

20 SACHETS

200 mg
novintethical

SYNTHEMEDIC
224 Rue Zoubeir Ibnou
El Aouia 20500 Casablanca
P. P.C: 79.00