

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.

CA

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) (22082)			
Matricule :	3404	Société :	RAN
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : QASSOUD AHMED			
Date de naissance : 08.05.60			
Adresse : Res. Riad Andalous, Almeria Mellah Californie CIA SN			
Tél. : 066 179 1639 Total des frais engagés : 1004 Dhs			

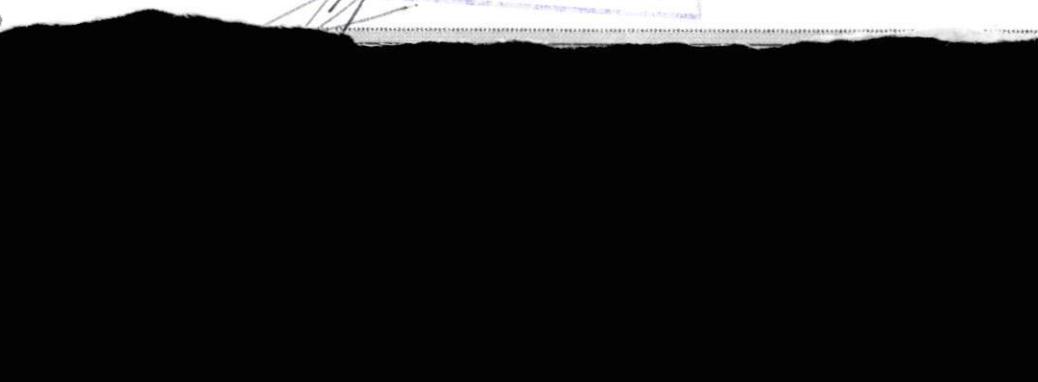
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 17/02/20			
Nom et prénom du malade : charafih Laike			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : gastro			
En cas 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) :

Dr Keltoum MAAZOUZ
Spécialiste en Gastro-entérologie Digestive
Tél: 05 22 99 47 30



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
11/09/86	C3		300 / rns	INP - DR KERFOLAY JOUZ Spécialiste en Maladie de l'Appareil Digestif et Oncologie 05 22 99 47 67 Tél 05 22 99 47 67

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Pompeuseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE MOUKRIM 1 Rue 30 - Mandarona-Ain Chock Tél: 05 22 21 39 75 / Pat: 3402346/ 05 22 21 39 75 / Pat: 3402346/ 181024 / Pat: 3402346/	17/02/2020	PHARMACIE MOUKRIM 60, Rue 30 - Mandarona-Ain Chock Tél: 05 22 21 39 75 - Casablanca Ref: 28TO24 / Pat: 3402346/ 704,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 20px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> G B			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	<hr/>													
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



17|02|22

*unique **Atlas***

LOT 13189/FC5
08/2022 PBC 57,80

**Coelio - Chirurgie
Chirurgie générale
Chirurgie de l'obésité
Chirurgie carcinologique**

80 ~~WRA File~~

1) Paus para 2040 → c/ 3 mes

八

($\frac{1}{h}$ siper
do Refle)

2) paralox  Pkt 1mg

18

Pkt 4 me

26 March

~~PHARMACIE MOUKRIM~~

578
61-0522
Rd. 2810

~~54-1082213971~~ ~~Clock~~
~~Rd. 281024~~ ~~Re. 281024~~
~~125-1082213971~~ ~~Clock~~
~~125-1082213971~~ ~~Clock~~

MACIE MOUKH
Madonna Air Check
Casablanca
1967

PHI - MANDARONA
50. ft. - 21 39 75 - Casablanca
Pat. 34023467

60, F. 21³³ Téle 0523 21 50 50
PHARMACIE MOUKRIM

PHARMACIE MOUKRIM
68, Rue 30 - Mandarona Ain Chock
Tél: 05 21 89 75 - Casablanca

Tel: 0522 21 39 75 - Casablanca
RC. 281024 / Pat: 34023467

~~صيدلية مكرим
PHARMACIE MOUKRIM
60, Rue 311 - Mandarona Ain Chock
Tel: 0522 213945 Casablanca
RC: 281024 / Pat: 34023467~~

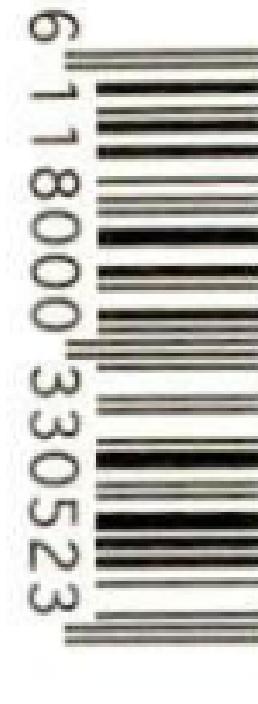
Dr Kelton MAAZOUZ

S₁ 11110 01111111
L₁ 11110 01111111
Tél 00 22 89 47 30



قاعة

Pantoprazole GT® 40 mg
10 comprimés gastro-résistants
à 40 mg



٤٠ ملخ
ت®

٧٥.٠٠

عن طريق الفم
10 أقراص مسالية تحليقاً معروضاً
من فئة 40 ملخ

بانطوكبرازول ج



قاعة

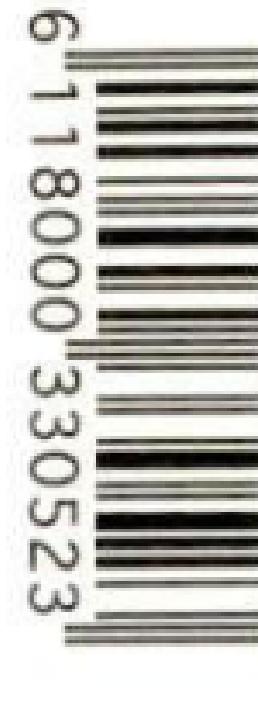
FARMOS

GENÉRICOS INTERNACIONAIS



قاعة

Pantoprazole GT® 40 mg
10 comprimés gastro-résistants
à 40 mg



٤٠ ملخ
ت®

٧٥,٠٠

عن طريق الفم
10 أقراص مسالية تحليقاً معروضاً
من فئة 40 ملخ

بانطوكبرازول ج



قاعة

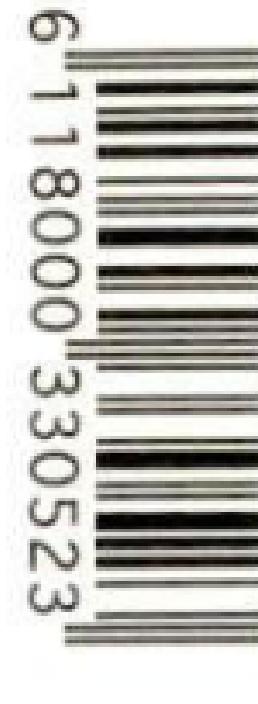
FARMOS

GENÉRICOS INTERNACIONAIS



قاعة

Pantoprazole GT® 40 mg
10 comprimés gastro-résistants
à 40 mg



٤٠ ملخ
ت®

٧٥.٠٠

عن طريق الفم
١٥ أذراص ملحة تحلينا معرباً
من فنخة ٤٠ ملخ

بانطوكبرازول ج

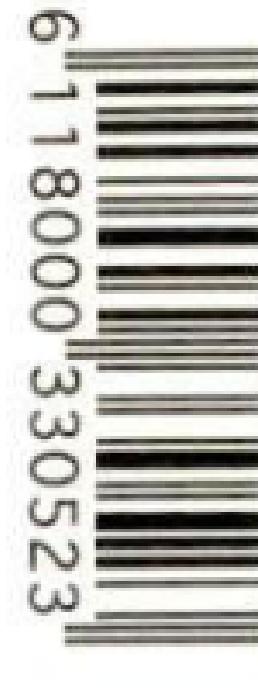


GENÉRICOS
INTERNACIONAIS



قاعة

Pantoprazole GT® 40 mg
10 comprimés gastro-résistants
à 40 mg



٤٠ ملخ
ت®

٧٥,٠٠

عن طريق الفم
١٥ أقراص ملحة تناولها مدعياً
من فئة ٤٠ ملخ

بانطوكبرازول ج

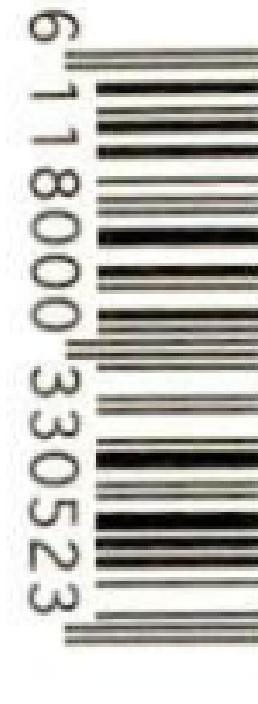


GENÉRICOS
INTERNACIONAIS



قاعة

Pantoprazole GT® 40 mg
10 comprimés gastro-résistants
à 40 mg



٤٠ ملخ
ت®

٧٥,٠٠

عن طريق الفم
١٥ أذراص ملحة تحلينا معرباً
من فنخة ٤٠ ملخ

بانطوكبرازول ج



GENÉRICOS
INTERNACIONAIS