

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

- 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire 23679	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 10081			
Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : RATBAOUI EL MAHJOUB			
Date de naissance : 03-05-1963			
Adresse : SALMIYA 2r. Rue 36 Im. 2 APP 6. CASA.			
Tél. : 0661915360	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 02/03/2020			
Nom et prénom du malade : RATBAOUI ADAM Age: <input type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté : Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint			
Nature de la maladie : Dermatose			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 14 MARS 2020			
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 : **Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000**

Signature de l'adhérent(e) : **Id Hmidha Naima**

Le : **02/03/2020**

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
02/03/2023	C		7000 Dhs � درهم	INP : 091A202301 Dr. Id. hmidia Montant : 7000 Dhs Signature : Dr. Id. hmidia Date : 02/03/2023 ANCI : 01 18 62 71

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
محلية السلامي PHARMACIE SALAMIA السلامي للمراقبة	13/01/2020	287.50

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Nair

الدكتورة اد حميدة نعيمة

اختصاصية

أمراض الجلد، الأظافر و الشعر

الأمراض التناسلية

جراحة الجلد، الليزر

طب التجميل والحساسية

PPV (DH):

LOT N°:

UT. AV.:

37,00

logue
la peau,
évelu
ssibles, laser
et allergologie

le 02 MARS 2020

الدار البيضاء في

Enfant RABAT ADAP

11 S.V. 2
37,00 100c

الدار البيضاء
PHARMACIE SALMIA
MIRAI:OR Fouzia
PHARMACIENNE
86, Bd El Jallâne Sidi Othman
Casablanca Tel. 022 38 37 79

Le contrôle n°
ID: 638937
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 17,40 DH
6 118000 161295

17,40 100 1. la sat } la sit
81 100 lait Hy lactant }
200,00 100 lait }
S.V. S.V. S.V.

0522 59 41 31

شارع وادي الذهب، الطابق الأول، جميلة 7، سباتة - الدار البيضاء
310, bd Oued Eddahab, Jamila 7 Sbata, 1er étage - Casablanca

41

VERMOX



10/19/96 2024
P.R.B. 05 2024
10/19/96 2024

VERMOX 20MG/ML
SUSP 8UV FL 30ML

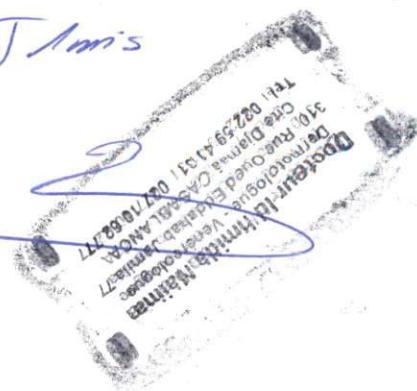
P.P.V : 23DH10

9 118000 011804

23/10

15/10

Jans



fw = 10

Le 14/03/2020

étoile



Lait
hydratant

Moisturizing milk