

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.

Pathologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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

Reclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 062998

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

11573

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Zegzout Younes

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.16.96.53

21046

Total des frais engagés : 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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-062998

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

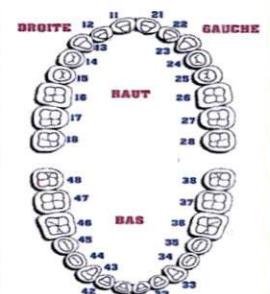
Date de dépôt :

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 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> Montant des soins <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> Début d'exécution <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> Fin d'exécution <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100px; margin-bottom: 5px;"></div>								
													
O.D.F. Prothèses dentaires		<p>Détermination du coefficient masticatoire</p> <table border="1" style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					D	H	G	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553		
D	H	G											
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553												

VOLET ADHERENT NOM : DECLARATION N° W17-122541	Mle <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
---	--

Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes	Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois <p>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</p>
--	--



W17-122541

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 11573												
<p>Nom & Prénom ZEGZOUI Yassine</p> <p>Fonction : Chargé de dépôt / Phones. 0661169453</p> <p>Mail Yezzouhi@Royalairmaroc.ma</p>												
MEDECIN Prénom du patient Zegzouhi Karam												
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/> Age 30 Date 17-12-19												
Nature de la maladie Hyphée polyurique												
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances 189 MARS 2020												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Nature des actes</td> <td style="width: 30%;">Nbre de Coefficient</td> <td style="width: 40%;">Montant détaillé des honoraires</td> </tr> <tr> <td>VS</td> <td></td> <td>200 M</td> </tr> </table>			Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	VS		200 M				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires										
VS		200 M										
PHARMACIE Date A-12-2018												
Montant de la facture 215,90 DA												
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date :												
Désignation des Coefficients												
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 25%;">AM</th> <th style="width: 25%;">PC</th> <th style="width: 25%;">IM</th> <th style="width: 25%;">IV</th> <th style="width: 25%;">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table>		AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires								
.....								

Dr. GUESSOUS Med Taoufik

25, Imp. Rachid El Khalid Ben Oualid
Guéliz - Marrakech - Tel. 0524 235515

DOCTEUR GUESSOUS MED TAOUIFIQ
PÉDIATRE

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris



الدكتور جسوس محمد توفيق
أخصائي في أمراض الأطفال
خريج كلية الطب بباريس
ملحق سابق في مستشفيات باريس

Marrakech, le 17-12-19 - مراش في :

Pharmacie Hay Mabrouka
Abdelghani ENNABIL
Lot. Mabrouka, Imm. 1 Magasin 1
Jbel Guéliz - Marrakech - Tel. : 0524 4353135

Enfant REGZOUI

Karem

- 16 kg 390 -

36,20
11 -

Erlus

NS

12,50
21 -

1 coc | J le Svr → 12
Dermos / rev

11,30
21 -

Cynurus Steile S. 13 f5 (J)

33,70
21 -

Freudine 21 S. 14 (J)

21,80
21 -

Tall 731 S. 14 (J)
Crème anti-umstages
des zones dénudées

Dr. GUESSOUS Med Taoufiq
Pédiatre
25, Imm. Rachidi Av. Khalid Ben Oualid
Guéliz - Marrakech - Tel. : 0524 4353135

25 عمارة راشيدي شارع خالد بن الوليد جليز - مراش

(بين الوقاية المدنية وفندق مراش) الهاتف 05 24 43 53 75

25, Imm. Rachidi Av. Khalid Ben Oualid Guéliz
(entre Sapeurs Pompiers et Hôtel Le Marrakech)

Marrakech - Tél. : C. 05 24 43 53 75

فوسيديز® 2%
كريم أنبوب من 15 غ

39,70

..... PAS

Agents antimicrobiens

N° LOT:

EXP:



PPC : 125.00 DHS





Compresses de gaze stériles



Les compresses Urgo ont été particulièrement étudiées pour le nettoyage et la protection des plaies.

- Très absorbantes, elles sont composées de gaze hydrophile 100% coton.
- Stériles, elles sont conservées dans des sachets pelables.

Conseils d'utilisation :

- Ouvrir le sachet sans toucher la compresse pour qu'elle conserve sa caractéristique stérile.
- Nettoyer la plaie à l'aide d'une compresse sèche ou imprégnée de sérum physiologique.
- Si nécessaire, badigeonner la plaie avec une compresse imprégnée d'une solution antiseptique liquide ou autre principe actif.

Conservation :

- Conserver dans un endroit sec à l'abri de la lumière et de la chaleur.

Mise en garde :

- La réutilisation d'un produit à usage unique peut provoquer des risques d'infection.

 Sterifil S.A Lot.Taoufik, Rue1, Espace Sans Pareil, Sidi Maârouf, 20 270, Casablanca. Maroc. Tél : 05 22 97 55 97- sterifil@sterifil.com

Site de production : Douar Khdara, Route Provinciale 3005 Km 6.5, Sahel Ouled Hriz, Berrechid - MAROC

Certificat d'enregistrement n°2464/2016/DMP/20/DM du 30/09/2016



STERILE EO



2018-12 2023-11 1818-31

REF U6020MB

U020 /V9

D.m.a: 12/2018

Lot :

Per :

PPV :

36,20

