

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIER 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-542803

ND: 30255

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 12939

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HARIRI Nahel

Date de naissance : 23/10/1984

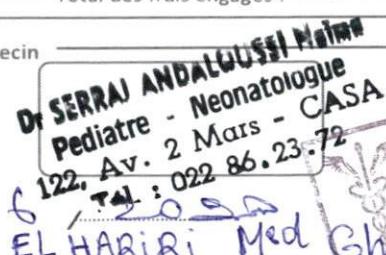
Adresse : RES MAKHAZEB, Rue des oudayas, Larillatte, Casab

Tél. : 06 62 772 780

Total des frais engagés : 979,10 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/06/2020

Nom et prénom du malade : EL HARIRI Med Ghali

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Asthme

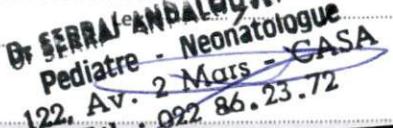
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

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
17/01/2020	R20		700	INP : 09.21.89429 Dr SERRAJ ANDALOUSSI Nahla Spécialiste - Médecin - Neurologue Rue des Actes - CASA 72

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien:	Date
POUDRE D'ACONIT	022 80
PHARMACIE ALEXANDRIE	Montant de la Facture
Mme BENJELLOUN Fouzia	134,40
Docteur en Pharmacie	PHARMACIE ALEXANDRIE
35, Boulevard Alexandrie	Monte BENJELLOUN
Tel: 0522.86.15.13 - Casablanca	35, Boulevard ALEXANDRIE
INPE: 092004456 - ICE: 00 1837 636 000 007	Tel: 0522.86.15.13 INPE: 092004456 - ICE: 00 1837 636 000 007

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																			
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.																			
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>															
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>															
DEBUT D'EXECUTION				<input type="text"/>															
FIN D'EXECUTION				<input type="text"/>															
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D		00000000	00000000	B		35533411	11433553	G				
	H	25533412	21433552																
	D		00000000	00000000															
	B		35533411	11433553															
	G																		
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>														
	MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>														
	DATE DU DEVIS				<input type="text"/>														
	DATE DE L'EXECUTION				<input type="text"/>														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			

Bébé El hariri

1) Soins d'ombilic :

65,00 Onixidine spray : 1 Pulv x2 / J

30,00 Eosine spray : 1 Pulv x2 / J

15,00 x2

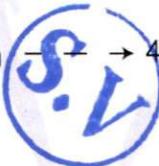
2) Compresses Steriles

26,40

3) Tobrex collyre : 1 gtt x3 / J → 7 Jours

44,70

4) Konakion : 1 amp / Sem → 4 Semaines

5) Vaccin le 10 ème jour

13,00

6) Sterogyl : 1 amp 15H : 1/2 amp le 10 ème jour

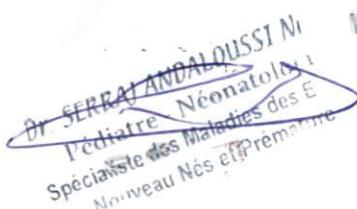
Dose 10 Nova lact

8) Unimer unidose (soin du nez et des yeux)

234,40

9) ABCDerm change intensif

44,70



D.m.a: 03/2019

0/V10

D.m.a: 03/2019

0/V10

REFU6020MB

2020-01

10-02-NS1

2024-12

E10148B00

26,40

ONIXIDINE

Chlorhexidine 0,2%

6 117050 213466

PPC 00.00 DH
LOT 0010946
EXP 09/2024



REFU6020MB

2020-01

10-02-NS1

2024-12



Serogyl 15 "H"
600 000 UI/5 ml
Ergoacétacétrol
(vitamine D2)

1 ampoule de 1,5 ml

LOT 190037
EXP 09/2024
H00 13,00 DH

LOT: 01210323
EXP: 03/2023

PPC: 65 Dhs

Fabriqué par SEMBACO
N°8, Zone Industrielle
Settat

Distribué Par ONIPHARMA.
DR Lhabhab Haouzia, Azzemmour
CE : 05112018/UPCHC/DMP20



Eosine
Stabilisée
DERMA SOIN
SPRAY

GTIN

(01)04260095681805

EXP

09 2021

Lot

F3027F04

MFD

09 2019

SN

325159152991169



BOTTU SA

PPV : 44 DH 70

