

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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

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

Nº P19-0028635

ND: 30587

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6692

Société : Royal air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELZAKI Mina

Date de naissance : 21/06/1961

Adresse : 81 Moussa bous Nossair

Tél. : 0661314334

Total des frais engagés : 70,80

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 : 28/06/2020

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
Mme. BENOUNA BENZAKOUR Hayat PHARMACIE AIDA 196, Bd. Zerktouni - Casablanca Tél.: 05 22 26 32 53-Fax: 05 22 26 32 53 ICE : 001754600		70.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaire, ainsi que le bilan d

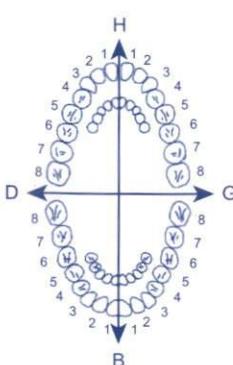
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE AIDA
Benzakour HAYAT

Page :1

FACTURE

N° FACTURE :60684
Date : 29/04/2020

Client :

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
AMOXIL 1G 12 COMP DISP	1	55 00	55.00
DOLIPRANE 500 MG COMP EFF	1	15 30	15.80


PHARMACIE AÏDÉ
 Mme. BENOUNA BENZAKOUR Hajja
 196, Bd Zekkouini - Casablanca
 Tel.: 05 22 26 32 52 Fax: 05 22 28 36 61
 ICE : 001 754506000050

Total T °C = 70.80

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : SOIXANTE-DIX DHS 80 CTS

Bon rétablissement

196, Bd. Zerkouni-Casablanca Tél: 0522 26 32 53
PAT: 35504768 CNSS:1073452 ICE: 001754606000050

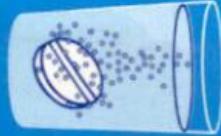
١٦ فوارق

卷之三

لیکھارہ اخطال
نمبر ۲۷ کے

15,80

P P V 15 D H 8 0
PER 03 / 2 2
LOT 1772



دستگاه
بار امدادگار

卷之三

٥٠٠ ملیٹر®

moxil
amoxicilline

1g

comprimés dispersibles

Position:

illine (sous forme de trihydrate) 1g
nt q.s.p. 1 comprimé
t de l'aspartam.

Il contient 12 comprimés dosés à 12g d'amoxicilline.

اموكسيلين ١ غ. يحتوي هذا الدواء على الأسبرتيفون la notice avant utilisation.

s de la vue et de la portée des enfants
cament peut causer des allergies.

يحفظ بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال
هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

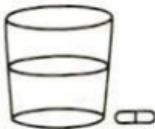
Uniquement sur ordonnance

ECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 55,00 DH
LOT: 623664
PER: 05/21

A mettre préalablement dans un demi verre d'eau

نهاية الفرص في كوب من الماء وحرك الخليط



AMOXIL 1g
12 comprimés dispersible

