

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

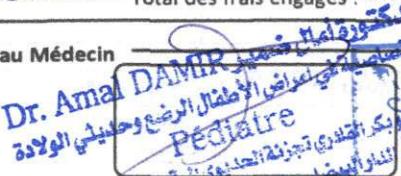
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

N° W19-545137

N°D: 34627

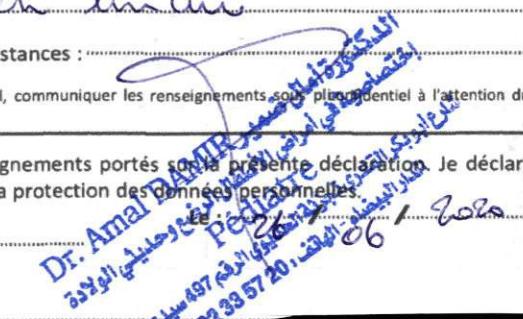
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12509	Société :	RAN
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENZAKI ALAE			
Date de naissance : 05/03/86			
Adresse : 1st Fesmine 2 Res. pte 3 App 2 C.P. 20120 Casab.			
Tél. :	0673572938	Total des frais engagés :	342,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 05/22/35 57 20			
Nom et prénom du malade : BENZAKI			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Infect			
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 : Casab.

Signature de l'adhérent(e) : 


Dr. Amal DAMIR
Pédiatre
Centre Allal Ben Abdellah - Casablanca - Maroc
Tél. : 05 22 33 57 20 - 05 22 33 57 21 - 05 22 33 57 22

23 JUIL 2020

MUPRAS

MOUËEL SIEGE RAM

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE LUXEMBOURG Lait de Mandre 24, Lot. Yasmine, les Crêtes - CASA Tél: 05 22 55 55 55/57	26/06/20	34,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

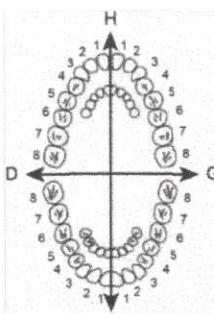
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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 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"/>																
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES																
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">26533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">B</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>					H	26533412	21433552	D	00000000	00000000	B		G	35533411		11433553
	H	26533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	B		G														
35533411		11433553															
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

AJIAL أجيال



مصحة الطفل والرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 26/06/2020

Nss Béni ZAKOUR

57.0 ~
x 6 1) - Thiam scory 8 IN



Injection f en IVC
pct 5mls

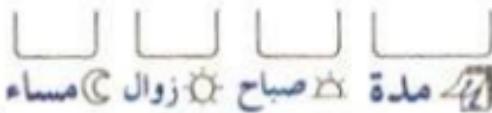
340.0

PHARMACIE LUXEMBOURG
Lamia MANDI
24, Rue Yassmina les Orees - Casablanca
Tél. : +212 522 85 55 56 / 57 (2)

al DAMIR
Pediatre
Tél. : +212 522 497 31
Tél. : +212 522 33 57 20



1 قارورة من المسحوق
+ 1 محلول للحقن



TRIAXON® I.V.
500mg/5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081241



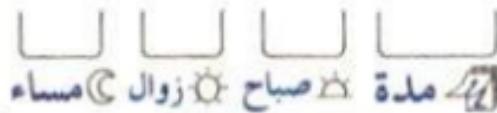
COOPER
PHARMA

LOT : P-02-6
PER : 07-2022
PPV : 57,00DH

756.137.06.16



1 قارورة من المسحوق
+ 1 محلول للحقن



TRIAXON® I.V.
500mg/5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081241



COOPER
PHARMA

LOT : P-02-6
PER : 07-2022
PPV : 57,00DH

756.137.06.16



1 قارورة من المسحوق
+ 1 محلول للحقن



TRIAXON® I.V.
500mg/5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081241



LOT : P-02-6
PER : 07-2022
PPV : 57,00DH

756.137.06.16



1 قارورة من المسحوق
+ 1 محلول للحقن



TRIAXON® I.V.
500mg/5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081241



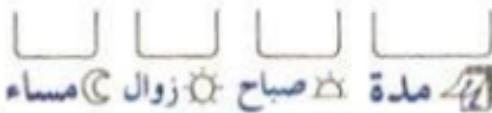
COOPER
PHARMA

LOT : P-02-6
PER : 07-2022
PPV : 57,00DH

756.137.06.16



1 قارورة من المسحوق
+ 1 محلول للحقن



TRIAXON® I.V.
500mg/5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081241

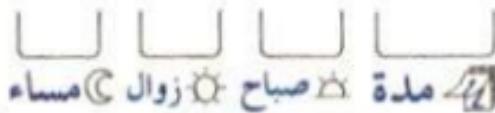


LOT : P-02-6
PER : 07-2022
PPV : 57,00DH

756.137.06.16



1 قارورة من المسحوق
+ 1 محلول للحقن



TRIAXON® I.V.
500mg/5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081241



LOT : P-02-6
PER : 07-2022
PPV : 57,00DH

756.137.06.16