

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 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

- 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° W19-511963

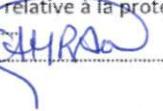
ND.
35668.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	8921	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	AS
Nom & Prénom : LAHRACH Laïla			
Date de naissance : 01/09/66			
Adresse : 2721			
Télé. :	Total des frais engagés : 10073110574586 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	30/06/2020		
Nom et prénom du malade :	LAHRACH Laïla		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Gangrène de la jambe droite		
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 : Laâyoune Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POLYCLINIQUE Dr TIR Abdellaziz 58, Rte. My Thami - Hay Hassani Tél: 022 90.21.67 - CASA	30.5.2020	371.05
PHARMACIE POLYCLINIQUE Dr TIR Abdellaziz 58, Rte. My Thami - Hay Hassani Tél: 022 90.21.67 - CASA	1-7-2020	15.85

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

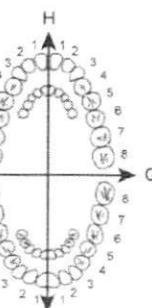
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 30%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		G	25533412 00000000	21433552 00000000		D		G	35533411		11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H		G																
		25533412 00000000	21433552 00000000																	
		D		G																
		35533411		11433553																
B																				
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

Dr Benzine Khadija

Lauréat de la Faculté
De Médecine et de Pharmacie Casablanca
Omnipraticienne
Suivi de Grossesse - Echographie
HTA et Diabète - E.C.G
Gynécologie Médicale et Infertilité - Cupping



Apixol®

Adultes

Solution buvable



ORDONNANCE

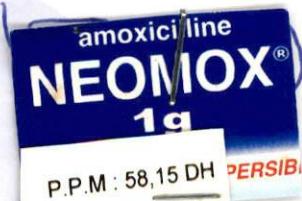
Casablanca, le 30 /

LAHAC

Lot: 190815
À consommer
avant le: 12/2022
PPC: 79,00 DH

1) 79.0 Apixol sirop

100 ml x 3



2) 58.16 Neomox 1 g

PHARMACIE POLYCLINIQUE
DCTIR Abdelaziz
58, Rte My Thami - Hédi Hassni
Tel: 022 9621.11 - CASA

1 capsule 5 pds
P 6J

3) 59.00 Supradyn c

1 capsule



الموسى بربور - مدخل 5 رقم 70 أناسي سidi البرنوصي الطابق السفلي الدار البيضاء

GD, Extension, Groupe 4 Entrée 5 N° 70 Anassi Sidi Bernoussi RDC CASABLANCA

Tél : 05 22 74 31 83 - Gsm : 06 34 24 28 26 - E-mail : dr.benzine2018@gmail.com

Dr. Benzine Khadija
Omnipraticienne
Tel: 022 74 31 83

Dr Benzine Khadija

Lauréat de la Faculté
De Médecine et de Pharmacie Casablanca
Omnipraticienne
Suivi de Grossesse - Echographie
HTA et Diabète - E.C.G
Gynécologie Médicale et Infertilité - Cupping



الدكتورة بنزي�ن خديجة

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
الطفل العام
مراقبة الحمل - الفحص بالصدري
ضغط الدم والسكري - تحفيظ القلب
أمراض النساء وتأخر الانجاب - الججامة

ORDONNANCE

Casablanca, le 06 / 03 / 2020

LAHRACh Boile

16,80

1) Doliprane cp 1g



1cp x 35 ₣

céphalée



D. Benzine Khadija
Omnipraticienne
CR Ext Groupe 4 Entrée 5 N° 70 Anassi
Casablanca
Tel. 0522 74 31 83

PHARMACIE POLYCLINIQUE
DR TIR Abdellazi
58, Rue. Mly Thami - Hay Hassani
Tél: 022 90.21.67 - CASA

4) Rhumix de sachet
22.00 DH



18 x 1

5) 86,90 - ESAC 200mg

15



15

avant le petit - déj.

6) 44,00 Tremadol 50

Benzine Khaïdja
Omnipharmacie
G.R.E.M Groupement
Tél: 0522 21 20 00

321,05

1 cap x 15 poft
30,00

HARNAUD POLYCLINIQUE
PHARMACIE Abd el laziz
Or TIR Hassan CASA
Or 158, TIR



Fabri
41, Rue
Ja
P