

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

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

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

N° W19-485925

37612

<input type="checkbox"/> Médecine	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
<i>Cadre réservé à l'adhérent (e)</i>			
Matricule : 11417	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL IDRISI AZIZ		Date de naissance : 01/01/1970	
Adresse :			
Tél. : 0664.75.45.42		Total des frais engagés : Dhs	
<i>Cadre réservé au Médecin</i>			
DOCTEUR ZINE EL ABDILOU LIMOUNI Médecine Générale Mosquée Fatima Abdellah Boughezou (KAZABRI) - Ennasim Porte 3 Bureau n° 3 - Casablanca Tél: 06 57 79 12 98 - 05 22 915 666			
25 AOUT 2020			
Date de consultation : 14 Aout 2020			
Nom et prénom du malade : MAROUANE EL IDRISI			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : KPA ORL			
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**

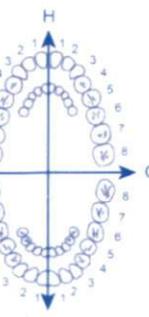
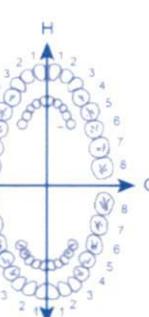
Signature de l'adhérent(e) : **KI**

Le : **19/08/2020**

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
4 AOUT 2020	C1	150,00	150,00	Dr. Abidine Limouni Médecin Général Salam Boughchane

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. ABBOURAMAD Al Baseem Dr. AZZ Zahra Tel: 05 22 90 84 96 / Lissasia 1. - Casablanca	20/03/2004	5532.70

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																			
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of teeth treated)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (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 PROTHESSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</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></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

الدكتور زيد

خروج

PPV 12DH80
PER 12/21
LOT 12956

Doliprane®
PARACETAMOL
300 mg

12,80

16 à 30 Kg
12 SACHETS-DOSE
POUDRE POUR
SOLUTION BUVABLE

CLAVULIN
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE
500 mg/62,50 mg

ENFANT

..... sachet(s) fois par
jour à prendre de préférence
au début des repas, pendant
..... jours
كيس مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة يوم

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 79,90 DH
LOT: 610814
PER: 05/21



* DOLIPRANE

300

N. 80

18 SACHET X 3 / h
X 03h.

1's

PREDON (ou DIFIPRED)

10g K 05 J 2001

10g K 05 X 2101

10g K 05 X 2101

CLAVULIN

1's



مسجد فاطمة بوعشان (الشيخ المازبوري)، باب 9 مكتب 3 حي التسيم، الدار البيضاء

Mosquée Fatima Abdallah Bougchane (KAZABRI), Porte 9 Bureau 3 Ennassim - Casablanca

Tél. : 05 22 91 54 44

Docteur Zine El Abidine Limouni,
Médecine Générale
Mosquée Fatima Abdallah Bougchane
(KAZABRI), Porte 9 Bureau 3 Ennassim - Casablanca
Tél. : 05 22 91 54 44