

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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W19-554359

ND: 39469

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) : 8187

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

CHAKI

TAHSEN

Date de naissance :

18/11/56

Adresse :

France 1 lot DTHAR Rue 32 N43
Aïn chao

Tél. :

0665789670

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr El Haddoury Mohamed
Anesthésiste Réanimateur-Clinique Agdal
6 Place Talha Av. Ibn Sina Agdal Rabat
INP : 101098887
ICE : 004665506000053

Date de consultation :

17/3/20

Nom et prénom du malade :

El Haddoury Mohamed

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Proctite lente

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 : 17/3/20

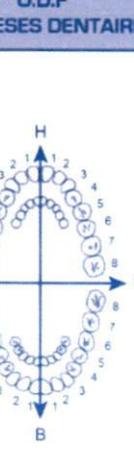
Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : 
				El Haddoury Mohamed Réanimateur-Clinique Agdal Av. Ibn Sina Agdal Rabat 099887 00053

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/13/20	530.83

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

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 PROTHÉSES 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;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	25533412	00000000	00000000		35533411		D	00000000	B		G	11433553
		H	21433552															
		25533412	00000000															
00000000																		
35533411																		
D		00000000																
B																		
G		11433553																
(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																		



استقبال المستعجلات وحالات الإنعاش (الكبار والأطفال) والفحوص بالأشعة والمخبر على مدار الساعة
Urgences, Réanimation (adultes, nourrissons), Radiologie, Laboratoire 24 h/24, 7j/7

Rabat, le 17/3/20

85.80 x 4

Dr El Haddoury Mohamed
Anesthésiste Réanimateur-Clinique Agdal
6, Place Talha Av. Ibn Sina Agdal Rabat
INP : 101098887
ICE : 001665506000053

52.80 x 2

Prozob 20 mg

1 gl 1/5

Si

14.00 x 4

Hexomedew Transcutane

10 pp x 25

Si

INP : 101098887
ICE : 001665506000053

26,00

Sep to geron

Si

T = 530,80

60

Dr El Haddoury Mohamed
Anesthésiste Réanimateur-Clinique Agdal
6, Place Talha Av. Ibn Sina Agdal Rabat
INP : 101098887
ICE : 001665506000053

اكزو ميدين®

14100

عابر للجلد
اكزاميدين



قارورة 60 مل

اكزو ميدين®

14100

عابر للجلد
اكزاميدين



قارورة 60 مل



LOT: H2670-3
PER: 08/21
PPV: 52D80

Hexomédine®

transcutanée

Hexomédine®

flacon de 60 ml



6 118000 180388

flacon de 60 ml

PPV 85DH80
LOT 94073 1
EXP 06/2021

FLOXAM®
Flucloxacilline

PPV 85DH80

LOT 99038 2
EXP 02/2022

FLOXAM®
Flucloxacilline
500 mg 16 gélules

PPV 85DH80
LOT 90025 1
EXP 02/2022

FLOXAM®
Flucloxacilline
500 mg 16 gélules

FLOXAM®
Flucloxacilline
500 mg 16 gélules

PER: 08/22
LOT: J494-3



اكزو ميدين®

14100

عابر للجلد
اكزاميدين



Septogerm®
Pommade dérmique

LOT: 0046
PER: 09-22
PPC: 26.00 DH

LABORATOIRE PMPBIOPHARMED / www.pmpbiopharmed.com