

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

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

N° W19-545767

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 208652	Société : R.A.M.	<input type="checkbox"/> Autres
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : 10865
Nom & Prénom : MAAROUFI MUSTAPHA		
Date de naissance : 10/01/1970		
Adresse : N° 14 IMPASS. ABU DAR EL GHAFARE EZZAHRA, Beni Mellal		
Tél. : 06.70.56.20.56	Total des frais engagés : 394,00 DHS	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 26/06/20 AGUXTAIS	
Nom et prénom du malade : MOUSTAPHA BOUGHOUAR	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant affec Reflex Casablanca
Nature de la maladie : grippe	
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 : **BENRECIF**

Le : **10/09/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

21 SEP. 2020

ACCUEIL

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
26/06/2000			200.00	INP : 1111111111 Dr. M'hamed Bougou Aïsalia Médecine Générale Béhagaphie Nutrition N° Bloc 42 N° 275 Cité Démia Tél. : 05 22 57 56 71

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet de l'apothicaire ou du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL GUERRA Dr. EL GUERRA Tel. 0522 32 80 39	26/06/2000	198.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552 00000000 00000000	G 00000000 00000000
D 00000000 35533411	B 11433553

(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

FUNGILYSE® 3 ovules à 150 mg

Econazole

PPV 42DH00

EXP 04/2022

LOT 92025 1

Medecine Generale

salané

FUNGILYSE® 3 ovules à 150 mg

Econazole

PPV 42DH00

EXP 04/2022

LOT 92025 1

Certificat d'Echographie Générale
et Gynéco-Obstétricale

Faculté de Médecine Hassan II

Diplôme de Médecine du Travail

Faculté de Médecine de RENNES

Certificat de diététique - Nutrition

Casablanca, le :

26/06/2022

N° A0007DW. Zineb

الطب العام
شهادة الفحص بالصدى
كلية الطب الحسن الثاني

دبلوم دلب الشغل
كلية الطب بربن

شهادة الحمية والتقديمة

Lot: 9325
À utiliser de préférence avant le: 12/2022
PPC: 79,50 DH

73,80

① Candidex Solut 5%
Locale.

2x

42,00

②

Fungilysse 100 mg
(2ml/3)

30,80

194,50

1 ovel bain et six mois

FUNGILYSE® Crème
PPV 30DH50
EXP 03/2023
LOT 02016 1

Bouighou Arsalamé

شارع رضا اكديمة (الليل ساما) بلوك 42 رقم 276 قرية الجماعة - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 57 56 71
Bd. Reda GDIRA (ex. Nil), Bloc 42 N° 276 Cité Djemaâ - Casablanca - Tél.: 05 22 57 56 71