

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.

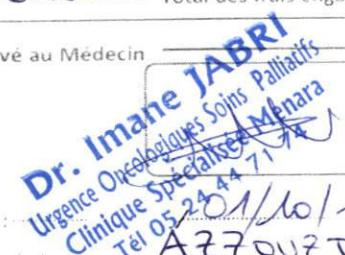
Adresses Mails utiles

- | | |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | adhésion@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° W19-584522

47780

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e).			
Matricule : 4588	Société : RAT		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BADOU Abdelkhalek			
Date de naissance :			
Adresse : 69 lot des Jardins Targa 40120 Terrakech			
Tél : 0686872525 Total des frais engagés : Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
  			
Date de consultation : 20/10/20			
Num et prénom du malade : AZZOUZI			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidential 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 : Terrakech

Le : 01/10/2020

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 Medecin attestant le paiement des Actes
01/10/2020	C1 S		QT	INPE : 072061328

Dr. Inaki JABRI
Clinique Spécialisée Soins Palliatifs
Agence Chirurgico-Endocrinienne et d'Oncologie
Tél : 05 24 44 71 74

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE PREMIUM « PHARM » Propriété de Jawhar 2145326432 Lot Jawhar 2145326432	01/10/2020	INPE : 072061328

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 prie de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : 072061328
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DENTERIE DENTAL

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

26539412	21433562
20000000	50000000
35533411	11433563

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE SPÉCIALISÉE MENARA

Oncologie Médicale - Hematologie - Radiothérapie
 Curithérapie - Dépistage des Cancers - Traitement de la Douleur
 Centre de Médecine Nucléaire et Pet Scanner - Gamma Caméra
 Irithérapie - Centre de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle

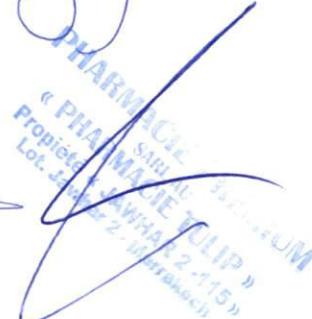
INPE : 070061379

المصحة المختصة المنارة
 الأنكلوجيا الطبية - وحدة فحص أمراض الدم
 وحدة علاج الألم - العلاج بالأشعة - علاج بالأشعة الداخلية
 مركز الطب النووي التصوير المقطعي بالإصدار البيزوتروني
 مركز الأشعة



Marrakech, le 01/10/2020

070061379

Mme Azzouzi Hinde 
 369,-
 46
 Aromassine 1cp/j x 6 mois
 25mg
 5814,-
Dr. Imane JABRI
 Urgence Oncologiques Soins Palliatifs
 Clinique Spécialisée Menara
 Tél 05 24 44 71 74


Clinique Spécialisée MENARA
 Oncologie Médicale - Radiothérapie-Radiologie
 Al Bek, N° 19 Quartier de L'Hôpital
 Tél : 0524 422 671 / INPE : 070061379
 IF : 40434664 - TP : 45326432
 Reception

Pfizer آروماسین

ایکسمسitan 25 مغ

AROMASINE 25MG 30 CPS

P.P.V : 969DH00

Laboratoires
Pfizer S.A.

Pfizer آروماسین

ایکسمسitan 25 مغ

AROMASINE 25MG 30 CPS

P.P.V : 969DH00

Laboratoires
Pfizer S.A.

Pfizer آروماسین

ایکسمسitan 25 مغ

AROMASINE 25MG 30 CPS

P.P.V : 969DH00

Laboratoires
Pfizer S.A.

Pfizer آروماسین

ایکسمسitan 25 مغ

AROMASINE 25MG 30 CPS

P.P.V : 969DH00

Laboratoires
Pfizer S.A.

Pfizer آروماسین

ایکسمسitan 25 مغ

AROMASINE 25MG 30 CPS

P.P.V : 969DH00

Laboratoires
Pfizer S.A.

Pfizer آروماسین

ایکسمسitan 25 مغ

AROMASINE 25MG 30 CPS

P.P.V : 969DH00

Laboratoires
Pfizer S.A.