

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Education :

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.

Thérapeutique :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 Ajjal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Ajjal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Matricule : **09265**

Société :

ROYALE AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

17^e EJJABRI MOHAMED

Date de naissance :

18/05/1960

Adresse :

**N^o 66 RUE GHAZZA HAY WAFI
BERRECHID**

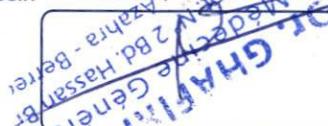
Tél. : **0645 7359566**

Total des frais engagés

150 + 361,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **05/12/2020**

Nom et prénom du malade : **GURICHAT**

Najoua

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 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 : **BERRECHID**

Signature de l'adhérent(e) :

05/12/2020

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Gachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
S. A. H. O. D Montameed S. A. H. O. D	05/11/2020	361,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Ancien médecin à l'hôpital Mohamed Boaifi

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى محمد بوافي

Diplôme en échographie de l'université

دبلوم الفحص بالصدى من جامعة باريس ديكارت

Paris Descartes

دبلوم مرض السكري من جامعة الطب والصيدلة

Diplôme en diabétologie

- الرباط -

Berrechid le 05/11/2016 برشيد في

GHAFIRIAT MAGNA

36,40

1) Réprend w →
sup lmet (55)

AS

49,70

2) Azi + 50 (35)

AS

15,30

3) Vit C (50)

AS

10,00

4) Timus (40) 20,00

AS

20,00

5) Vit D 200000 (100)

AS

Aug 2024

SI

AG 8120

Tel: 0522 328 328

7 el 9 Bd. Al Houaria - Berrechid
Dokter en Pharmacie - Diplome d'Espagne

STAOUI

Medecine Generale

AL HOUARIA

Pharmacie

TABLE Huy Azane - Berre
ADP N° 2 Bd. Hassan Br
Medecine Generale

AL HOUARIA

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR

6 118001 272223

PPV : 20,90 DH

ZINASKIN®

PPV 40DH90

EXP 10/2023
LOT 00056 27

PPV: 168,20 DH
PER: 10/2023
LOT: 644838

PPV: 79DH70
PER: 10/23
LOT: J3057

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 09/2023
LOT 08031 37

PHARMAG
LOT : 5051
UT.AV 11-22
PPV : 36DH40