

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

1494X8

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	6371	Société :	ROYAL AIR MAROC
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		FABI LI mohamed	
Date de naissance :		11/11/1960	
Adresse :		15322 lot EL WAFA 11 Casablanca	
Tél. :		06.02.16.15.81 Total des frais engagés : 927 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

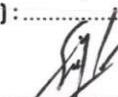
Cachet du médecin :	 		
Date de consultation :	08/02/2013	Age :	
Nom et prénom du malade :	Ibrahi A Smar		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Dol de dos + VHD		
En cas d'accident préciser les causes 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 : Densia

Le : 9/2/13

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
				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08.02.93	927.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

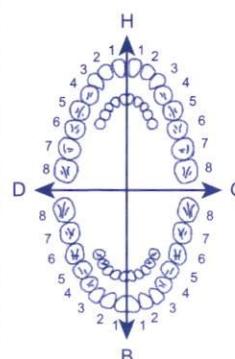
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					
					
					
					
					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	D 00000000 00000000	G 21433552 00000000 11433553	B 	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					
					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					

Dr. Narjiss AMEUR

Ex.médecin interne au C.H.U

Ibnou Rchd - Casablanca

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

Médecine Générale

Diplôme en échographie générale

E.C.G

Date: 08/02/23

Nom: Sabri Asmou

الدكتورة نرجس عامر

طبيبة داخلية سابقا

بالمراكز الاستشفائية ابن رشد، البيضاء

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

الطب العام

دبلوم في الفحص بالصدى

تخطيط القلب

60.00 ₣

1st feiplex

1flap

129.00

2nd Dossantes

mag 14

T. 927.00

Prochain rendez vous: الموعد المقبل:

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BENJELLOUN
Dr. Lot WAFAA-DEROUA
Imme. 94, Lot WAFAA-DEROUA
Tél: 05 22 51 47 07

INPE : 06 20 74 810



NARJISS
0522532753
0522532753

540, تجزئة الوفاء الدروة (قرب مسجد الوفاء)

540, Lot. Wafaa - Deroua - Tél.: 05 22 53 27 53

N° de lot :

Date de péremption:

130922
08 2024

PPC : 129,00 Dhs

N° de lot :

Date de péremption:

130922
08 2024

PPC : 129,00 Dhs

N° de lot :

Date de péremption:

300621
05 2023

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs

