

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

M22- 0013338

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9033

Société : f. A. M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RAHIL Abderrahmane

Date de naissance :

03/03/1972

Adresse :

mail@ph@.com Royal Air Maroc.com

Tél. : 0667783287

Total des frais engagés :

1781,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/07/2013

Nom et prénom du malade : RAHIL Abderrahmane Age: 16 Ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie

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 : Casablanca

Le : 21/07/2013

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
31/07/2023	Chirurgie	1	250	Dr. SAMI Ghita Natalcine - 06 47 10 63 56 Emile Zola Apt 11 Boulevard Casablanca Casablanca - Maroc 06 47 10 63 56

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EMILE ZOÏA Dr. BENNAMIK AL 221, BOULEVARD ASSIRIBABA	31/07/23	331.91

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

BELEVE 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'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Maladies et chirurgie de la peau
Pathologies des cheveux et ongles
Dermatologie - Allergologie
Dermatologie Pédiatrique
Lasers médicaux
Dermatologie Esthétique



Dr. SAMI Ghita
Dermatologue - Vénérologue
241, Bd. Emile Zola - Casablanca
4ème Etage - Appart. N°7.
Tel: 05 22 40 06 47 / 06 31 59 63 86

ORDONNANCE

سيديّة أميل زولا
PHARMACIE EMILE ZOLA
Dr. BENNANI K. Abdela
21, Boulevard Emile Zola
Casablanca - Tél: 05 22 24 23 23

Mr Abdela
Rabat

1 Augmentin 126,30 DH
1 pise x 3/3
38,70
2 Fucidine Crème 1 flacon
38,80
3 Myk 1 fl. Crème 1 flacon
331,50

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN 1g
/125 m
sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des
repas, pendant jours.
Lire attentivement la notice avant emploi.
كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.
Uniquement sur ordonnance
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 126,30 DH
LOT: 651611
PER: 02/25

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN 1g
/125 mg
sachets

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des
repas, pendant jours.
Lire attentivement la notice avant emploi.
كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.
Uniquement sur ordonnance
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 126,30 DH
LOT: 651611
PER: 02/25



Fucidine® 2%
crème Tube de 15 g

39,70

241, شارع أميل زولا الطابق 4 الرقم 7 بلفدير - الدار البيضاء

241, Bd. Emile Zola 4ème étage Appt 7, Belvédère - Casablanca

• 05 22 40 06 47 • 06 31 59 63 86 • dr.samighita@gmail.com