

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 41146 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FAIKI LATIFA AB 4476

Date de naissance : 01/01/1959

Adresse :

Tél. : 0668487546 Total des frais engagés : 69,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Polyarthrite

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.

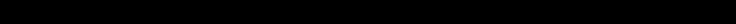
Fait à :

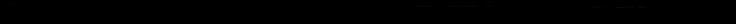
Le : 06/01/19

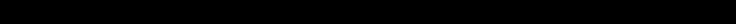
Signature de l'adhérent(e) : FAIKI LATIFA

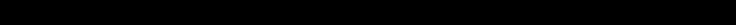


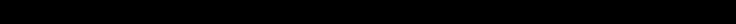


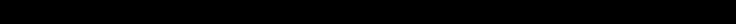


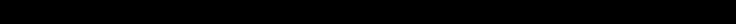


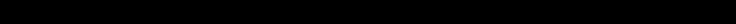


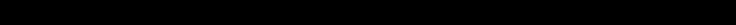


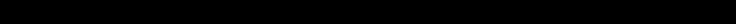


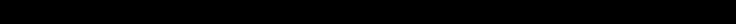


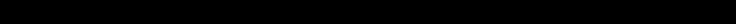


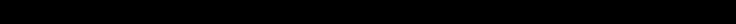


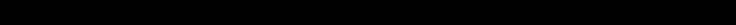












RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/11/2014			6	 Dr. BENAMEUR Hzmz Pr Agrégé en Traumatologie Orthopédie IPE 091211201 61.195.1.7

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE L'AÉROPORT 01 et 02 Cite Militaire Aeroport De Gennevilliers Tel: 05 23 29 10 12 INPE: 062091228	16/01/24	62,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

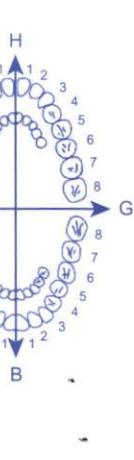
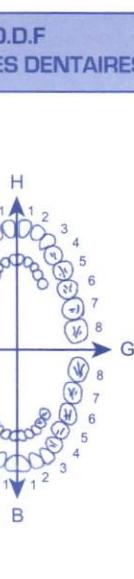
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
		[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				

المستشفى الجامعي
الدوالي الشيشخ خالدة



Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/ml
ZALIFA

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses
Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/
مقدمة طبية
 Rx
Rx

ZENITH Pharma
AMM N° 17/16 DMP/21/INPI
6 1 18 00 1 2 2 2 2 8
PPV: 20,90 DH

Casablanca, le :

16/01/2024

وصفة طبية
ordonnance

FAIKI Latifa

PHARMACIE L'AEROPORT D'AGADIR
01 et 02 Chemin de l'Aéroport
Aéroport de Agadir
TÉL: 05 23 11 23
INPE: 062031123

1 vitamine B.O.N 200 000

1 ampoule / mois x 3 20,90 x 3
62,70

SPORT GENNA
Ete 2010
De Benhadj
23/07/2010
062031123

ZENITH Pharma
AMM N° 17/16 DMP/21/INPI
6 1 18 00 1 2 2 2 2 8
PPV: 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
MA holder / المسجل

BOUCHARA-RECORDATI
Groupe
70, avenue du Général de Gaulle,
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacture /
HAUP PHARMA
1, rue Comte de Sisard
26250 UYRON SUR DROME - FRANCE

Dr BENAMEUR Hamza
Pr Agrégé en
Tiers Médecin
E: 091211201
661 195 177

Adresse : Boulevard Mohamed Taïeb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/

بصري فارما طبية

Liste II - List II - II

لتحة

ZENITH Pharma

AMM N° 171/18 DMP/21/NNPR



6 118001272228

PPV: 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /

صاحب مقرر التسجيل /

MA holder