

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

- Réclamation : 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 : 1774 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENZAKOUR WAFA

Date de naissance : 26/10/1956

Adresse : Résidence Garden Loft TM 4 AP 10

Das Bonanza

Tél. : 0661371583 Total des frais engagés : 420,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ADIL BEKKAL
Médecine Générale
Echographie Médecine de Sport
Rés Nakhil, Imm 5, Appart 2, El Qods
Sidi Bernoussi - Casablanca
GSM: 07 62 76 58 06

Date de consultation : 15/02/2014

Nom et prénom du malade : BENZAKOUR WAFA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Infection respiratoire

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 : / /

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
15/2/24	CA	150	1	Dr. ADIL BERNOUSSI Médecine Générale Radiologie Médecine de Sport Rés Nakhli, Imm 5, App 2, El Gassas Sidi Bernoussi - Casablanca GSM: 07 62 76 58 06 091018044

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'UMRAN SIDI BERNOUSSI	15/2/24	270.40

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	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

3 أقراص مغلفة 500/ مع

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 01 2025

P.P.V.

79 70

LOT N° : GX4423

P10002652

29/20

3 أقراص مغلفة 500/ مع

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

29/20
P.P.V.

UT.AV. : 01 2025

LOT N° : GX4423

79 70

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
احترم المقاييس الموصى بها

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste 1)
صرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (الائحة 1)

CICLOVIRAL® 5%
Aciclovir

LOT: 231532

EXP: 06/26

PPV: 41DH70

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70 DH

6 118000 060536

58140

Solupred® 20mg

CICLOVIRAL® 5%
Crème dermatique

D Par

D Par

D Par

20 Comprimés

20 Comprimés :

Dol

PPV: 10DH30

PER: 09/26

LOT: M3319

PPV: 10DH30

PER: 09/26

LOT: M3322

