

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4817	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Louli Di SAAD Fouad
Nom & Prénom : Louli Di SAAD Fouad			
Date de naissance : 27.01.1960			
Adresse : Bd oued EL MALEH N° 55 OULFA CASA			
Tél. : 0661052144	Total des frais engagés : 999,40 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin : </p> <p>Date de consultation : 17 JUN. 2020</p> <p>Nom et prénom du malade : Age:</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie :</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p>			

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 : 01/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :




RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Haj Nassar Al Ouard Pharmacie 89-83-45 C4 000057	04/05/2020	999,42

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

PROVIDED BY		NAGATOSINE	
		H	
		25533412	21433552
		00000000	00000000
		00000000	00000000
		35533411	11433553

[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

Ans. Le 04/05/2020

Facture N° 41

M:

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
2	Jamunt 50/1000	437,00	874,00
1	Diancam 60g	78,70	78,70
1	Tyleric 100g	46,70	46,70
PHARMACEUTICAL GUARD S. CHALAK Hé. Nassar Docteur en Pharmacie 55, Av. Ouardi Sidi Oufra Télé: 0522 223345 Fax: 0522 223345 CE: 00541458000037		Total	999,40
In fact, it anti il Dm. de neuf cent quatre vingt din huit dh quatre			

DOCUM. 001541
551 AV. 00
551 7447 FAX
TEL: CASA
TCE: 001541
an faci st ambi el
Am. de pref cent ambi
vrijt dien pref dien soets

liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

ABUSER DES DOPPELS DOSES

60 Comprimés sécables à Libération Modifiée

Gliclazide

DAMICRON® 60 mg

44,70

رقم الممثلة/Lot:

04-2019

04-2021
S021509

مذکور

Expériences

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance – Liste 1
يصر ف فقط بو جو د و صفة طيبة – قائمة
Liste 1 – Uniquement sur ordonnance

70027234/010414-1



6 "118001"160495

AMM 59DMP/21/NCI

AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

Lot/الشفل

04-2019

04-2021
S021509

Mfg/إنتاج/ج

Exp/效期/2021/05/25

Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعة الموصى بها

Uniquement sur ordonnance – Liste 1

يصر ف فقط بور جور و صفة طبية – قائمة

1 Liste 1 – Uniquement sur ordonnance

70027234/010414-1

9

118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH



ريلوريك®
100 ملغ

ألوبورينول

100 قرصا

عن طريق الفم

LOT 192469

EXP 10 2023

PPV 46.70 DH