

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES RÈMBOURSEMENTS 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloger Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W19-511921

37580

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11951	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ABRISS HASSANE			
Date de naissance : 24/03/78			
Adresse :			
Tél. : 06 61 34 56 25 Total des frais engagés : 1000 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : DR. BENCHAROUN Y			
Date de consultation : 114 JAN 2020			
Nom et prénom du malade : SKALI ZAINEB Age : 21			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Synch禽ne griffal			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 114 JAN 2020			
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 : **114 JAN 2020** Le : **114 JAN 2020**

Signature de l'adhérent(e) : **DR. BENCHAROUN Y**

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
14 JAN 2020		250 DH		DR. BENCHAKROU Professeur d' Chirurgie Nez Spécialiste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SOCIETE PHARMACEUTIQUE ET MEDICALE S.A. 22911711 M. * * * * * Tél: 333-5662 Fax: 333-5662	14/01/2022	305,00

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.

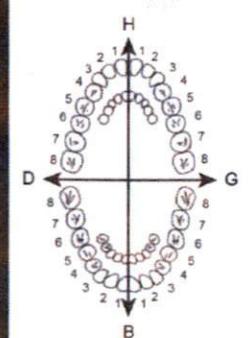
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

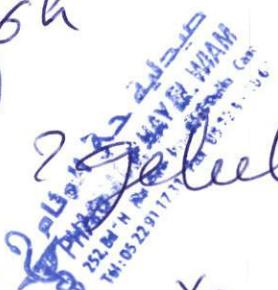
Dr Benhakroun Youssef
Professeur d'O.R.L
et chirurgie cervico - facial
Spécialiste : Nez - Gorge- Oreille

الدكتور يوسف بنشردون
أستاذ بكلية الطب
اختصاصي في أمراض
الأنف، الأنف و الحنجرة

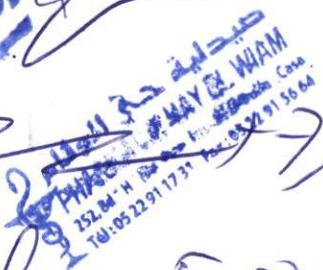
Casablanca, le :

114 JAN 2020

1/ ~~114~~ ~~2020~~ ~~Skalli Zaineb~~
1/ Moxifla gr 200
2 gr // ~~2~~ x 8
52,80 9h 16h /
2/ Oedos 2 gels //
56,20 ~~2~~ x 8 /
3/ Nasouex 7/5 208
7/5 208



no 55 P. Biongla 20/12/2004



20/10/2004 20/12/2004 5/12/2004

5/10/2004 20/12/2004 5/12/2004
la demande

6/10/2004 20/12/2004

T youth aerulane

20/12/2004 20/12/2004

Dr. BENCHAKROUN, X.
Professeur d'ORL
et de Chirurgie Cervicofaciale
Spécialiste Nez - Gorge - Oreille

7/12/2004 20/12/2004

Dr. BENCHAKROUN, X.
Professeur d'ORL
et de Chirurgie Cervicofaciale
Spécialiste Nez - Gorge - Oreille

20/12/2004

LOT 181367
EXP 02/2021
PPV 52.80DH



Microgranules gastrorésistants en gélules

14 x

OEDES[®]
oméprazole



20 mg
Voie orale


COOPER
PHARMA

OEDES[®]
oméprazole



20 mg
Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules

14 x

OXIFLOR® 200 mg

20 comprimés

PPV 112DH00

EXP 08/2021
LOT 84110 1

5600

PARANTAL®

20 COMPRIMÉS

PPV 10DH10

EXP 02/2022
LOT 91042 3

ANTIBIO SYNALAR

10,40



NASONEX 50 µg/dose

Suspension pour pulvérisation nasale

Flacon de 40 doses

P.P.V: 56,20 DH

Distribué par MSD Maroc