

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.

N° W19-587707

51703

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12637	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : AMARA ILIASS			
Date de naissance : 11/02/1988			
Adresse :			
Tél. : 0613761106 Total des frais engagés : 731,50 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 16 NOV. 2020			
Nom et prénom du malade : Elies Amza Age: 30			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Dr. Elies Amza			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dr. Elies Amza			
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 : CASA Le : 16/11/2020
Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-587707
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

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 NOV 2018	C		370	INP : <u>INPE-11 SBAL</u> Dr. Moussa SBAI Dermatologue Guyane - Marigot 06 51 41 18 56

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Des Cîtes Driss	16/11/2014	131,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

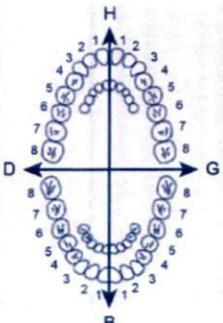
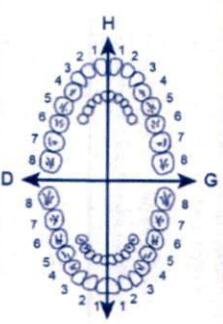
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
OD.F PROTHESES DENTAIRES				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> </table>					H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553
H	G											
25533412 00000000	21433552 00000000											
D	B											
00000000 35533411	00000000 11433553											
												
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												

Dr. Mounir Sbai

Spécialiste en dermatologie

Dermatologie esthétique

Pathologie de l'ongle et cheveux

Laser Dermatologique

Ex. directeur de l'Hôpital Aïn Chok



الدكتور منير السباعي

أخصائي أمراض جلدية

أمراض الشعر والأظافر

ليزر

تجميل

مدير سابق بمستشفى عين الشق

16/11/2020

Harhoura, le :

Ordonnance

AMARA Iliass

13h.50 + 3

1 - Fucidine 250 mg

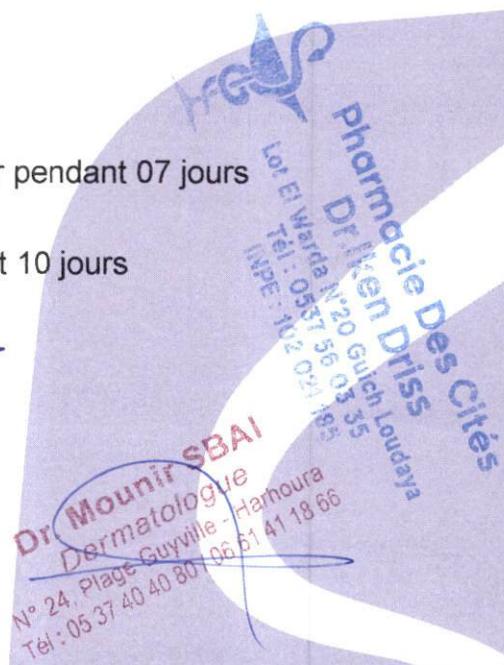
deux cp deux fois par jour pendant 07 jours

2 - COCCIDIN crème

deux fois par jour pendant 10 jours

28,5

13h.50



جزءة دينيا رقم 24 شاطئ كيفيل الهرهورة - مeara

Tél.: 05 37 40 40 80 / 06 61 41 18 66 - E-mail: dermatologieharhoura@gmail.com

IF : 40264991 - CNSS : 8612170 - INPE : 101171403 - ICE : 001754182000052

فوسيدين® 250 مغ

فوسيدات الصوديوم
10 أقراص مغلافة

Fucidine® 250 mg, comprimé pelliculé

فوسيدين® 250 مغ، قرص مغلف

0

Titulaire de l'AMM au Maroc : POLYMEDIC

Quartier Arsalane-Rue Amyot d'inville
CASABLANCA-MAROC

FUCIDINNE® 250 mg
Comprimé pelliculé
Boîte de 10 comprimés



6 118001 200511

PPV : 134 DH 50

Titulaire

Laboratoires LEO

2, rue René Caudron,

78960 voisins le Bretonneux France

صاحب مقر التسجيل بالله

لله

2 شارع رونبي كوردون، 78960 فوازير البروتونو

فرنسا

Titulaire d'AMM au Maroc/
صاحب مقر التسجيل في المغرب/
POLYMEDIC
Quartier Arsalane,
Rue Amyot d'inville, B.P. 10877,
Casablanca (MAROC)

فوسیدیں 250 میٹر

10 أقراص مغلفة بفوسفید أت المصوديوم

Fucidine® 250 mg, comprimé pelliculé

Trulaire
Laboratoires LEO
2, rue René Caudron,
78960 voisins le Bretonneux France
صاحب مقر الشحن بالبلد الـ ٢
مطابق لـ ISO
فوازير 78960 كوردون، رونى عـ ٢ طارـ فـرـنـسا

**Titulaire d'AMM au Maroc/
صاحب مقرر التسجيل في المغرب**
POLYMEDIC
Quartier Arsalane,
Rue Amoyt d'Invile, B.P. 10877,
Casablanca (MAROC)

فوسيدين® 250 مغ

فوسيدات الصوديوم
10 أقراص مغلافة

Fucidine® 250 mg, comprimé pelliculé

فوسيدين® 250 مغ، قرص مغلف

0

Titulaire de l'AMM au Maroc : POLYMEDIC

Quartier Arsalane-Rue Amyot d'inville
CASABLANCA-MAROC

FUCIDINNE® 250 mg
Comprimé pelliculé
Boîte de 10 comprimés



6 118001 200511

PPV : 134 DH 50

Titulaire

Laboratoires LEO

2, rue René Caudron,

78960 voisins le Bretonneux France

صاحب مقر التسجيل بالله

لله

2 شارع رونبي كوردون، 78960 فوازير البروتونو
فرنسا

Titulaire d'AMM au Maroc/
صاحب مقر التسجيل في المغرب/
POLYMEDIC
Quartier Arsalane,
Rue Amyot d'inville, B.P. 10877,
Casablanca (MAROC)