

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, 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 canalaire, 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 canalaire.

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@niupras.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° W19-511841

ND = 21129

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1385

Société : RETRAITE (R.A.M)

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : LAAZIZI LAHCEN

Date de naissance : 1 - 1 - 1954

Adresse : 14 Rue Antoul Hay Chems Hay

ESSALAM Casablanca

Tél : 06 14 87 36 74

Total des frais engagés : 522,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR ALAOUI bahija
105, Bd. Afghanistan
Hay Hassani Casablanca
Tel 05 22 93 32 63

Date de consultation : 21/01/2020

Nom et prénom du malade : LAAZIZI LAHCEN

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Névr de cholestérol de la veine

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

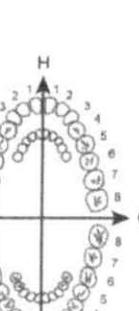
13 FEV 2020

ACCUEIL

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournilisseur	Date	Montant de la Facture
	21.01.20	222,80

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.																	
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"/>															
		ODF PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
			H	25533412	21433552												
			D	00000000	00000000												
			B	35533411	11433553												
			G														
			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"/>														



Casablanca, le:

21-01-2020 الدار البيضاء، في

LAZIZI LAHCEN

60,00

CILOXAN® 0,3%
 POMMAD OPTALMIQUE
 tube de 3,5 g
 Laboratoires Sotrema
 A.M.M. N° 86/DMP/21/NP
 PPV: 60,00 DHS
 6 118001 070855
 69227-3 © 2007, 2011, 2014 Novartis

S.V

CILOXAN pommeau

2 ml 3x

SP

SV

2x20

150 ml

10,00

2 ml

S.V

VALE 50 ml (400)

152,50

222,50

DR EL ALAOUI Bahija
 OPTICAL-MOLLOGUE
 105, Bd. Afghanistan
 Hay Hassan 05.22.93.32.66
 Casablanca
 Tel



VALLEX®

500 mg

Valaciclovir

200 g 1



Voie orale

Q.T 19007
LA 07122
P.V 152D H 50

152,50



14

Comprimés enrobés



P.M.D. UN MONDE DE SANTÉ

RR UN MONDE DE SANTÉ



COMPRESSES STÉRILES



10

Pièces

**aze hydrophile 100% coton
ompresses sous étuis individuels**



20x20 cm