

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

- | | |
|------------------------------------|----------------------|
| O Réclamation | contact@mupras.com |
| O Prise en charge | pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | adhession@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.

2437

N° W19-500546

N° = 21803

Maladie

Dentaire

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **2437**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENDAOUD EL BERKAI

Date de naissance :

21/07/1958

Adresse :

Rue 562 N° 1 TARZASST ingezane

Tél. : **06.66.12.18.80**

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lui-même

Enfant

Conjoint

Nature de la maladie :

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

AS

AS

AS

AS

AS

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
11 Fevr 2020		3	# 300DH	INP : 00157412 Dr. Dr. Moulai Urologue Casablanca 15-223 66 80

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	INPE	Montant de la Facture
HARMACIE ABOU AYOUN SARL ALI 10 MARET BY E1 Wahda 1 1 N° 22 - 1006 20 Tél: 06-22-306 20 Fax: 06-22-306 20	11/09/2020	092070937	765,00 DA

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
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	

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																					
			INP : <input type="text"/>																					
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552				00000000 00000000			D			00000000 00000000			35533411 11433553			B		
	H	25533412	21433552																					
	00000000 00000000																							
	D																							
	00000000 00000000																							
	35533411 11433553																							
	B																							
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"/>																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																								

Centre d'exploration Urologique

Endo-urologie - onco-urologie - Coeliochirurgie - Pelvi-périnéologie

Pr. ELMRINI Mohammed

Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie



D.r EL MRINI Mohamed

Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Casablanca, le..... 11.FEV.2020.

PHARMACIE ABOU AYOUB
SARL A.U
Av. 10 Mars Hay El Wahda 1
Rue 1 N° 1 Mahraouine - Casa
Tél: 05.22.386.386
Usage Uniquement Pour Ordonnance

③ à 109,25
Sub ③ Cartouch

PHARMACIE ABOU AYOUB
SARL A.U
Av. 10 Mars Hay El Wahda 1
Rue 1 N° 1 Mahraouine - Casa
Tél: 05.22.385.385
Usage Uniquement Pour Ordonnance et BL

149,00

QUINORIDA



14,126,169

70,00

TEGUMA



T= 761,00

PHARMACIE ABOU AYOUB

SARL A.U

Av. 10 Mars Hay El Wahda 1

Rue 1 N° 1 Mahraouine - Casa

INPE

092070937

76, Bd Abdelmoumen, Casablanca - 3ème étage - Casablanca

Tél: 05.22.383.80 - Fax: 05.22.25.88.80

E-mail : melrini@hotmail.com - E-mail : elmrini_mohamed@hotmail.fr

GSM : 06 61 16 33 03

Professeur EL MRINI Mohamed
Chirurgien Urologue
76, Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 05.22.383.80 - Fax: 05.22.25.88.80

Gsm : 06 61 07 35 76

Pfizer

CARDURA® 4 mg

20 comprimés



کاردورا
4 mg

دوکسازوسین



20 فرما

RESPECTER
LES DOSES PRÉSCRITES

LOT N° : 1073804

109,20

UT.AV : 10/2011

109 20

P.P.V :

09366148/4

Pfizer

CARDURA® 4 mg

20 comprimés



کاردورا
4 mg

دوکسازوسین



20 فرما

RESPECTER
LES DOSES PRÉSCRITES

LOT N° : 1073804

109,20

UT.AV : 10/2011

109 20

P.P.V :

09366148/4

Pfizer

CARDURA® 4 mg

20 comprimés



کاردورا
4 mg

دوکسازوسین



20 فرما

RESPECTER
LES DOSES PRÉSCRITES

LOT N° : 1073804

109,20

UT.AV : 10/2011

109 20

P.P.V :

09366148/4

Pfizer

CARDURA® 4 mg

20 comprimés



کاردورا
4 mg

دوکسازوسین



20 فرما

RESPECTER
LES DOSES PRÉSCRITES

LOT N° : 1073804

109,20

UT.AV : 10/2011

109 20

P.P.V :

09366148/4

 [®]

Terbinafine



Crème

30g



LOT : 191384
PER : 09-21
PPV : 70,00DH

كينولوكس®

أفلوكساسين 200 مغ

علبة من 20 قرصاً

LOT : 9858

UT. AV : 01 - 22

P.P.V : 149 DH 00



مضاد حيوي من عائلة الفلبيوروكينولون

مختبرات الصيدلة فارما 5