

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° W19-463793

Conseil

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		R3076	
Matricule	5403	Société	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	TEPHLA
Nom & Prénom		JADIB	
Date de naissance		16/11/62	
Adresse		2, lot les Arènes, Résidence 21, 11 ème, n° 15 Casablanca	
Tél. :		0661 1733 21	
Total des frais engagés			
Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 4, 12, 2020	
Nom et prénom du malade : JADIB de la	
Lien de parenté	Conjoint
Nature de la maladie : MUPRAS tabac que dy	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 20 FV. 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.	

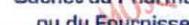
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

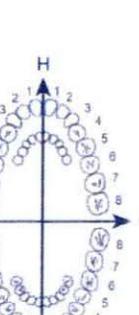
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14, 12, 2020.

ACCUEIL

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	4.2.20	141,50
	10.2.2020	159,70

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

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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																												
				INP : <input type="checkbox"/>																												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																												
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																												
				FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																												
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">25533412</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412		21433552		00000000		00000000		D		G		00000000		00000000		35533411		11433553		B			
H		G																														
25533412		21433552																														
00000000		00000000																														
D		G																														
00000000		00000000																														
35533411		11433553																														
B																																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																												
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																												
				DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>																												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>																												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																

Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa
Diplômée de la faculté de médecine de Rabat

MEDECINE GENERALE
Expert assermentée près des tribunaux

الدكتورة لقجاع بن الحريف نفيسة

خريجة كلية الطب بالرباط

الطب العام
خبيرة محلقة لدى المحاكم

Nom : TADIB Leila

Casablanca, le : 6.2.2020

11.60

1) Narmida

29 ml - 100 = 145

45.95

2) Trimedat 5%

151 3 fl. 15 ml esp

54.00

3) Duspatalin

19 3 fl. 15 ml esp

4) IBS

19 3 fl. 15 ml esp

141.50

PHARMACIE DE LA MOSQUEE
Dr NABIL
Docteur en Pharmacie
76, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca
Tel 05.27.98.17.73

LOT : 5388
UT. AV : 09 - 24
P.P.V : 45 DH 90

DUSPATALIN 200MG
GELU B20
P.P.V : 54DH00
6 118000 010531

Dr KABBAJ BENCHERIF Noufissa
66 Rue Marché du Maârif
Médecine Générale
Face au Marché du Maârif
Tél. 0522 25 28 07

Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa
Diplômée de la faculté de médecine de Rabat

MEDECINE GENERALE
Expert assermentée près des tribunaux

Nom : J.A DiB LeLa

الدكتورة القباج لـ ابن الهيثم نفيسة
خريجة كلية الطب بالرباط
الطب العام
خبيرة محلفة لدى المحاكم

Casablanca, le : 10.2.2020

65.10

1) Ultralene 200

71.60 Tagel und die M's

2) Nazir

19 34.15

B. β

3) Spasmy

ACS '38 15 Aug

WA 105

159-10

Dr. KABDJIBEN Chrif Noufissa
Médico-Coordinateur
56, Rue de la
Surface au Marché
Tél 0522 220210

~~PHARMACEUTIQUE~~ HYPER
N. 11, 02-29-15-30 - CASABLANCA
n° 80, Bld. Alzizzi - RABAT

66, زنقة أحمد بركات (مقابل سوق المعاريف) المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 28 07
66, Rue Ahmed BARAKAT (Face Marché du Maarif) MAARIF - CASABLANCA - Tél.: 05 22 25 28 07