

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 |

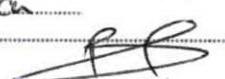
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-483632

ND = 24 803

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	12501	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BONDRAA Med HAMZA
Nom & Prénom : BONDRAA Med HAMZA			
Date de naissance : 11-12-1983			
Adresse : 39 Rue Point du Jour etg 4 n° 16 Racine			
Tél. : 06 66 29 35 31	Total des frais engagés :		
Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 10/01/2012	
Nom et prénom du malade : Idriss Boudraa Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : NAC	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 12 MARS 2010	
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 **Le :** 12/03/2010 **Signature de l'adhérent(e) :** 



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
10.01.2012	Re		282	INP : 00000000000000000000000000000000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Prémacile des Habous BD. VICTOR HUGO 13 CASABLANCA TÉL: 05 60 05 84 98 36910	10.05.13	3850 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXiliaires MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553	G	MONTANTS DES SOINS []
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []



Cabinet Dr. ZRIKEM Karima - Ep-Himmi

عيادة الدكتورة زريكم كريمة - زوجة حمي

ZK

Pédiatre

Maladies du Nourrisson et de l'Enfant

Allergie - Asthme

Exploration Fonctionnelle Respiratoire

Ex-Enseignante à la Faculté de Médecine
de Casablanca

طبيبة الأطفال

اختصاصية في أمراض الأطفال

الحساسية - الضيق

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le : 10.01.20 الدار البيضاء، في

Karima Zrikem



395, n°

Valeureux.

Titulaire de l'AMM et fabricant/

صاحب التسويق والمصنع

Merck Sharp & Dohme Corp.

770 Sumneytown Pike, P.O. Box 4

West Point, Pennsylvania, 19486,

Etats-Unis/الولايات المتحدة الأمريكية

Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/

يتم إصدار التشغيلية من قبل

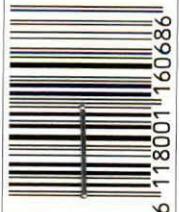
Merck Sharp & Dohme BV

Waarderweg 39, P.O. 581

2031 BN, 2003 PC Haarlem

Pays-Bas/هولندا

VARIVAX® vaccine
Suspension injectable
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml
PPV : 390,00 DH
AMM : 280/14 DMP/21/NNP
Distribué par MSD Maroc.



RC : 252662 - Plénihm . 36910561
Tél : 05 22 45 06 60 05 22 44 93 38
ANCA
Zerhoune
Tél : 05 22 45 06 60 05 22 44 93 38
Zerhoune
Tél : 05 22 45 06 60 05 22 44 93 38

Dr. ZRIKEM Ep.HIMMI
Pédiatre
Rue Zerhoune (Ex-Reims)
Casablanca - Tél. : 29 37 60 / 88

الرجو إحترام وصفة طبيبك

68, Rue Zerhoune (Ex-Rue Reims) - Casablanca - Tél.: C. 05 22 29 31 60 / 68

Urgence : GSM : 06 61 45 52 44 - E-mail : zrikem_karima@hotmail.com