

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 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@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° W19-415382

65595

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1397	Société :	RAT
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Autre
Nom & Prénom : Ksimi Nata Ep. TAIRI			
Date de naissance : 15.07.51			
Adresse : 85, Rue MESSA HME DIBAI			
Tél. : 06 61 62 31 01 Total des frais engagés : 527 DHS			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 11/02/2021			
Nom et prénom du malade : Ksimi			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
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 plconfidential 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) :

Le : 01/02/2021

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
14/02/2021	C.G.			INP : 09000050142 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
M. BENOUA 193, Ad. Zekhia Tel.: 05 22 26 32 53-Fax: ICE : 06775460600050	14/02/2021	527.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

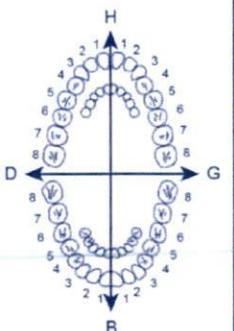
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

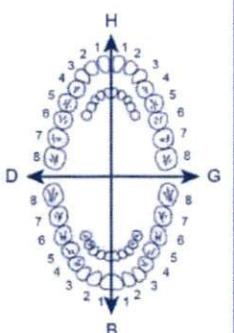
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G	00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



Hôpital sans Tabac

Fumer Tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 11/02/2021

ORDONNANCE

Docteur :

Mme

Najia Ksijimi

PHARMACIE AIDA
Mme. BENOUNA BENZAKOUR Hayat
195, Bd. Zerktouni - Casablanca
Tel.: 05 22 26 32 53 Fax: 05 22 29 36 61
ICE : 004754606000050

1/ Alflorox, gel 245.00
1 gel /jor

2/ Kalmagas, cp 79.90

2cp à prendre 30 min avant Repas.

3/ Maniez du , capsule 19.00

1 capsule blanche la matin
1 capsule jaune au coucher. pendant 20 jours

Importateur Exclusif
Blocodex Maroc
Technopole - Aéroport Mohamed V
B.P. : 126-Nouaceur-Maroc
www.blocodex.ma

P.P.C. 245,00 DH

Complément alimentaire, ce n'est pas un
médicament

N° DA20181706751DMP / 20UCA / MA v3

Poids net : 7,5 g

4 / Tenammine 100 mg. 4 83,10



527.0



PHARMACIE AIDA
BENOUF BENZAKOUR Hay El
Boulevard de la Kasbah - Casablanca
Tél: 05 22 26 25 25
Fax: 05 22 29 36 61

PHARMACIE AIDA
BENOUF BENZAKOUR Hay El
Boulevard de la Kasbah - Casablanca
Tél: 05 22 26 25 25
Fax: 05 22 29 36 61

Lot: 200510
A consommer de
préférence avant le: 09/2025
PPC: 79,90 DH

