

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

Biologie 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.

Éducation :

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



Déclaration de Maladie

Nº M20- 0006014

Optique 67919 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : H161 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HILIA HAKIMA

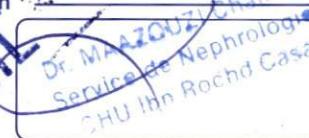
Date de naissance : 11/11/63

Adresse : 175 Bd BRAHIM ROUDANE IML Ap 80

Tél. : 0661126126 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/03/2021

Nom et prénom du malade : HILIA HAKIMA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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 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 : CHU BLANCA

Le : 10/03/2021

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
7/03/2021			CG	Dr. MAAZOUZI Chaim Service de Néphrologie CHU Ibn Rochd Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><u>PHARMACIE BANT AL FATH</u> <u>N° 6 Rés. Bayt Al Fouad Quartier Beausite</u> <u>Ain Seba Casablanca</u> <u>Tél : 05 22 34 47 53 Fax : 05 22 66 24 62</u> <u>E-mail : btaaf@yahoo.com</u></p>	<p>07/03/2011</p>	<p>1454.30</p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

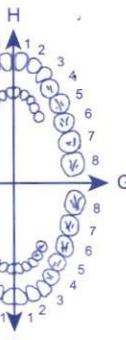
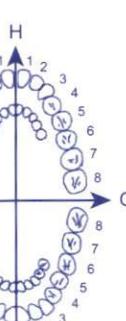
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

للتاريخ
10/2021

1021712
08-2021

Exp/التاريخ
25/08/2021

08-2019
Mag/المخزن
55

Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعة الموصدة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1

يصر ف قشد يور جور د و صنفة طبية – قائمة 1

Liste I – Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

Merck Sharp & Dohme
166, 168 Bd Zerkouni
Casablanca - Maroc



6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

70027734/010414-1

للتاريخ
10/2021

1021712
08-2021

Exp/التاريخ
25/08/2021

08-2019
Mag/المخزن
55

Respecter les doses prescrites
احترموا الجرعات الموصى بها

Uniquement sur ordonnance – Liste 1

يصر ف قشد يور جور د و صنفة طبية – قائمة 1

Liste I – Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

Merck Sharp & Dohme
166, 168 Bd Zerkouni
Casablanca - Maroc



6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

70027734/010414-1

للتاريخ
10/2021

1021712
08-2021

Exp/التاريخ
25/08/2021

مدة الصلاحية
까지 유통기한

Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعة الموصى بها

Uniquement sur ordonnance - Liste 1

يصر ف قشد يور جور د و صنفة طبية - قائمة 1

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

Merck Sharp & Dohme
166, 168 Bd Zerkouni
Casablanca - Maroc



6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

70027734/010414-1

LISTE I : UNIQÜEMENT SUR ORDONNANCE
Ainsi que dans les cas de : 1. 2. 3.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

• Ainsi que dans les cas de :

30 Comprimés à Libération **M**odifiée
DIAMICRON 30 mg
Gliclazide

54,30

LISTE I : UNIQUMENT SUR ORDONNANCE
L'usage de ce produit est réservé à l'usage

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
TITRE | Dose | Format |

60 Comprimés à libération **M**odifiée
Glicazide
DAMIGRON 30 mg

89,00