

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

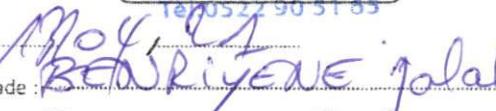
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

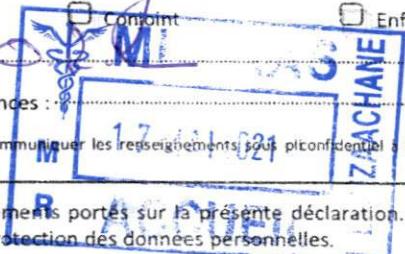
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-427019

70881

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 10563	Société : R.A.M		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Benriyene Jalal			
Date de naissance : 03/10/1984			
Adresse : n°6 Rue S2 OULFA CASA			
Tél. : 0669 654 645	Total des frais engagés : 681,50 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> MEDECIN EXPERT Dr. CHAFIK Fouad Bd Oued Jem Errabi Rue 89 N 4 Oulfa Tel 0522 90 51 85 </div>			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : Mois BENRIYENE jalal			
Nom et prénom du malade : Benriyene jalal Age: _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Comptoir <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affection OS			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <small>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.</small>			

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 : _____ Le : _____
 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
11/04/2021			10000	INP : [REDACTED] MEDICIN EXPERT DR CHAFIK EQUAD Bouadoun Oufa Rue 522 95165

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU NIL 451, Bd. Dahir-Rabli Casablanca	13/04/2021	181,12

ANALYSES RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

EXPERT ASSERMENTÉ PRÈS LES TRIBUNAUX
Diplômé de l'Université de Montpellier 1
PRÉVENTION ET DÉPISTAGE EN GYNÉCOLOGIE
ÉCHOGRAPHIE

خبير محلل لدى المحاكم
خريج جامعة مونبليي 1
الفحص بالصدى



Casablanca, le:

138, 3rdBENRIYENE JALAL

- Abdomen cpl. 600.



↓ liver x 2

- Nephros renal



66,2^{cm} 2 plv. of the peritoneal cavity

- Ovaria



90,1^{cm} ↓ liver x 2

- Febox A.



21,8^{cm} ↓ liver x 3



- Polydexta amicula

MEDECIN EXPERT
Dr. CHAFIK Fouad
Bd. Oued Errabbi
Rue 69 N° 4 Hay Oulfa
Tél.: 0522 90 51 65

21,8^{cm} ↓ liver x 3

- Ranciplex touf (65)



14/01/01

- Rebo from - do SV

C + plicat X

581, 13

PHARMACIE D'UNIL
451, Bd. Mohammed V
Casablanca

MÉDECIN EXPERT
Dr CHASIK Fouad
Bd oued Jemâa El Fâ
Rue 69 N°4 Casablanca
Tél: 0522 90 51 65

PPV: 138,30 DH
LOT 644068
PER 12/21

AUGMENTIN 500 mg/62,50 mg
32 comprimés pelliculés

6 118000 161288

LOT 201410 2

EXP 06 2024

PPV 90,50

90,50



NASONEX 50 µg/dose

Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 40 doses
P.P.V: 56,20 DH
Distribué par MSD Maroc

6 118001 1150205 >

9KTLDEN002
12/2021

FEBREX® Adulte



6 118000 310624

PHARMED
LOT:2473
UT.AV:04-22
PPV:21DH00

PPV: 113 DH 70

à l'intérieur.
Les enfants.
ne dépassant pas

MEBO 0,25%

Pommade dermatique
Tube de 30 g

6 118001 010110

PPV: 140,00 Dhs

رانسيفابك
رابيرازول الصودي

POLYPLEXA®
SOLUTION AURICULAIRE
GOUTTES
PROMOPHARM S.A.



6 118000 241270

RANCIPHEX® 20 mg

28 comprimés gastro-résistant
Voie orale

6 118001 300808

B.R.: 0821
MFG.: 10 2020
EXP.: 10 2025