

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.

Reéducation :

- 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

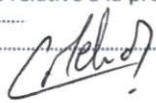
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-629816

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12571	Société : RAT		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	77465
Nom & Prénom : M'HADER MEHDI			
Date de naissance : 29/04/1987			
Adresse : RES CASAVIEW Tranche 18 Imme 3 Apt 22 HAY NASSIM			
CASABLANCA			
Tél. : 061931211	Total des frais engagés : 840.00 Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : 16A22A RAJAH			
Age : 33			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : 16A22A RAJAH			
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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 08/07/2021

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
06 MAI 2015	Hôpital International	3	300	INP : 011102598 Hôpital International

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
④ PHARMACIE RIBOUTI Fassi à côté de l'hôpital Cheikh Zaid Madinat Al Ifane - Rabat Tél: 05 37 77 23 24 - Fax: 05 37 77 55 98 NIP: 102001942	06/07/2021	540,00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
	SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>															
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
		DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>															
		FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>															
		O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
			H	25533412	21433552												
			D	00000000	00000000												
			B	00000000	00000000												
			G	35533411	11433553												
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																	



Rabat, le :

06 Juil 2021

Docteur :

F BARZA 100m

60,00

— Ceratite pollule a l'air

x 3

Mcr j à heure fixe
et en continue

03 mois

Terflexlanta 2/1 8j

60,00

X 6

540,00

4 PHARMACIE RHAOUTI
AV. ALLAL FASSI à coté de l'Hôpital Cheikh Zaid
Médina Al Irfane - Rabat
Tél: 05 37 77 224 - Fax: 05 37 77 55 88

Pr. CHENGUITIANSARI ANAS
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique
Hôpital Cheikh Zaid
Tél: 05 37 77 224 - Fax: 05 37 77 55 88

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

Quittance N°
Consultation le : 06/07/21 A

IPP : 1 408 012 N° de dossier : C213082938

HCZ
2 430 967

Patient : BAZZA RAJAE

DI : 2 764 083

Montant : 300,00 Dh (trois cents et xx / 100)



Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 06/07/2021

Description :

Medecin : C0239 CHENGUITI ANSARI ANAS

Motif : CONSULTATION EXTERIEURE

Assurance

CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la **CONSULT CAISSE 1**

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.

Cachet du caissier :

N° 1791367

sans œstrogènes

Cerazette®
désogestrel

0,075 mg, comprimé pelliculé

Contraception orale

LOT 0001105904 2

EXP 12 2022

PPV 60.00 DH

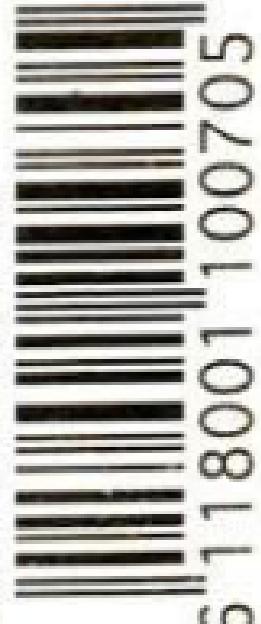


CERAZETTE

Boîte de 28 comprimés

Distribué par MSD Maroc

AMM N° : 805116 DMP/21/NRQ



6 118001 100705

sans œstrogènes

Cerazette®
désogestrel

0,075 mg, comprimé pelliculé

Contraception orale

LOT 0001105904 2

EXP 12 2022

PPV 60.00 DH



CERAZETTE

Boîte de 28 comprimés

Distribué par MSD Maroc

AMM N° : 805/16 DMP/21/NRQ



6118001100705

sans œstrogènes

Cerazette®
désogestrel

0,075 mg, comprimé pelliculé

Contraception orale

LOT 0001105904 2

EXP 12 2022

PPV 60.00 DH

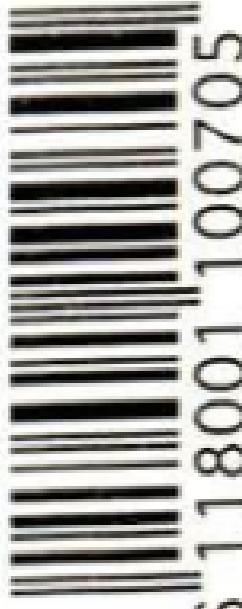


CERAZETTE

Boîte de 28 comprimés

Distribué par MSD Maroc

AMM N° : 805/16 DMP/21/INRQ



6 118001 100705