

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

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.

Médecine 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'entente 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09038

Société : Zam

Actif Pensionné(e) Autre:

Nom & Prénom : HASSAN - ARDEL HAB

Date de naissance : 23-05-1962

Adresse : Maroc

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23 NOV. 2021

Nom et prénom du malade : Hassan - ARDEL HAB

Lien de parenté : Fils

Nature de la maladie : Infection

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 Le : 23 NOV. 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
04/11/12	S	300	300	DRIVE EL JADIDA 2012-2013 N° 2 67878 16 21 ③ NANI animateur Jadida

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Hôpital de l'Aéronautique	Montant de la Facture
	4/11/21	Pharmacie de l'INPE 45 Bd. de Bourgogne 21000 Dijon	306,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 d

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

Création, remont, adjonction)

The diagram illustrates a branched polymer chain with numbered atoms (1 through 8) and arrows indicating orientation. The chain features a central node with four branches. A vertical arrow labeled 'H' points upwards from the top branch. A horizontal arrow labeled 'D' points leftwards from the bottom-left branch, and another horizontal arrow labeled 'G' points rightwards from the bottom-right branch.

DATE DU
DEVIS



AKDITAL

Hôpital Privé El Jadida
المستشفى الخاص الجديدة

El Jadida, le // / 21

mediane El OSMAN
EP Hôpital
HÔPITAL PRIVÉ EL JADIDA
L'aérodrome Ouassat El Jadida
Lot. 32/E Im. N° 2
Tel.: 05 23 36 78 78
Fax.: 05 23 34 19 21

COUTER LES DOSES PRÉSCRITES

25	1
PFU : 222,00 DH	
LUT : 646385	
PER : 08/22	

R 25,00

Pharmacie Al FARABI
45, Bd de Bourgogne - Casablanca
Tél.: 05 22.27.35.82
T.P. 35601098 - I.C.E. 001654187000019
INPE 092004639

26140 x 2
= 52180

AS

TOBAC

3g/j → 7g

31160

P.G.V Adm. permis

AS

306140

HÔPITAL PRIVÉ EL JADIDA
L'aérodrome Ouassat El Jadida
Lot. 32/E Im. N° 2
Tel.: 05 23 36 78 78
Fax.: 05 23 34 19 21

31,60

Fahd BENNAANI
Anesthésiste Réanimateur
L'aérodrome Ouassat El Jadida
Lot. 32/E Im. N° 2
Tel.: 05 23 36 78 78
Fax.: 05 23 34 19 21

LOT 211-11

EXP 06/2024

PPV 26-40

26,40



Soyez très prudent

Ne pas conduire sans
l'avis d'un professionnel
de santé

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance
جدول آ (النحوة I) - يصرف بوجب وصفة طبية



TOBREX® 0,3 %
Collyre, flacon de 5 ml
AMM N° 30 DMP/21/NCI



LOT 211-11

EXP 06/2024

PPV 26-40

26,40



Soyez très prudent

Ne pas conduire sans
l'avis d'un professionnel
de santé

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance
جدول آ (اللحة آ) - يصرف بوجب وصفة طبية

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION

Tobramycine
Flacon de 5 ml

% 0,3 ° توبريكس

قطرات للعين على شكل محلول

توبراميسين

قارورة من سعة 5 مل

TOBREX® 0,3 %
Collyre, flacon de 5 ml
AMM N° 30 DMP/21/NCI



6 118000 020417