

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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° W21-675695

101728

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

| | | |
|--|---|---|
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | <input type="checkbox"/> Matricole : <u>12526</u> | <input type="checkbox"/> Société : <u>RAM</u> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : <u>ZERRARI ELMEHDI</u> | | |
| Date de naissance : <u>10/01/1987</u> | | |
| Adresse : | | |
| Tél. : Total des frais engagés : Dhs | | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/01/2022

Nom et prénom du malade : Benzine Amine Age : 31 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : RCH + Pathologie pratologique

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 : 21/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-675695

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04/01/22 | CS | 1 | B.t. | INP : 090005042  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <i>DAI - DES VILLEFRANCHE SUR SAÔNE</i> | 04/01/22 | 1803,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | 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.

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 : <input type="text"/> | |
|--|---|---------------------------|---------------------------|---|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | |
| O.D.F PROTHESSES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | |
|  | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | D 00000000 35533411 | B 11433553 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | |



Hôpital sans Tabac
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le :

04/05/2013

ORDONNANCE

Docteur : M^{me} Benazzine Amina

1/ Immuret 50 mg cp
x3
3x 294100
3cp/jr pdt 3 mois

2/ Ferplex amp
82x 60⁰ 1amp x 2/jr pdt 2 mois
x12

3/ Daflon 1000 mg cp
1cp x 3/jr pdt 4j^r

puis, 1cp x 2/jr pdt 3j^r

4/ T. Tonosaine suppo et pommade

1suppo en robe de pommade x 2/jr

PHARMACIE
24, Bd. des Vétérans
Oasis, Casablanca
Tél: 05 22 48 44 44

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - Liste I.

IMUREL® 50 mg, comprimé pelliculé
Boîte de 100
AMM N° 483/17 DMP / 21 / NRQ
PPV: 294,00 DH
Distribué par Laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
Sous licence des laboratoires ASPEN

6 118001 071456

IMUREL® 50 mg, comprimé pelliculé
Boîte de 100
AMM N° 483/17 DMP / 21 / NRQ
PPV: 294,00 DH
Distribué par Laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
Sous licence des laboratoires ASPEN

6 118001 071456

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - Liste I.

IMUREL® 50 mg, comprimé pelliculé
Boîte de 100
AMM N° 483/17 DMP / 21 / NRQ
PPV: 294,00 DH
Distribué par Laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
Sous licence des laboratoires ASPEN

6 118001 071456

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

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

daflon® 1000 mg

30 comprimés pelliculés

6 118000 100393

201,00