

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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° W21-687924

104919

Optique Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03394

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Ben Addou Idousi Youssef

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/01/2022

Nom et prénom du malade : Ben addou Hamza Age : 17

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : coude

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.

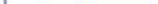
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 11/01/2022

Signature de l'adhérent(e) : Ben Addou Hamza

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
C	C			  

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAHJAJMA Nadia ZEHAMAMA du Phare Residence Taghazout 05 22 20 28 87	17/01/22	311,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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'ODC.

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

LETTRE ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90

EXP 09/2024
LOT 18066 14

20 comprimés effervescents

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DU DÉPARTEMENT
HAY HASSANI
IP HAY HASSANI

UT.AV. 12/2/22

P.P.V.
79 70

LOT N°: 129-978

Ordonnance

Casablanca, 14/01/2022

UT.AV. 12/2/23

P.P.V.

LOT N°: FM 3 129 79,70

79,70

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

liste II - List II - II

زنجة

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

liste II - List II - II

زنجة

Hamza .

Ben addou idhissi

79,70 x 2 - Zij Hromax (2 boîtes) ,

dcp 15/16cp pdt 6 j

20,90 x 2

- vit + D3 Bon 200.000

dox mi que

Dr. SANHAJI Rachida

Médecin Chef

du Centre Neurologique

Sidi El Khadir

Hôpital El Hassani

Signature

40.90

-Ziwaskin

69.60-

-Siefar mit

— $T = 311.10$

PHARMACIE LAHJAJMA
Nadia ZEMANAMA
Avenue du Phare Residence Taghazout
Casablanca - Tel.: 05 22 20 28 67



Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml
فيتامين D3 بـ 200 000 وحدة دولية / 1 مل