

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

litions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

ladie 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.

M22- N° 001992

112169

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8051 Société : epam

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAY AMAL

Date de naissance : 1965

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

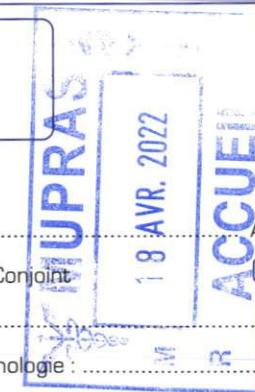
Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :



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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	8052	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BN-Y AMAL			
Date de naissance : 1965			
Adresse : Casse - Anfa			
Tél. :			Total des frais engagés : 555,90 + 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
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.	

Alphonse H. Zine EL Abidine
Spécialiste en Chirurgie Cervico-Faciale
Conjoint : *Salma* - Casablanca - Tel : 0522 69 69 10 - Age : 30
Enfant : *Youssef* - Casablanca - Tel : 0522 69 69 10 - Age : 10
E-mail : *zehoude2000@gmail.com*

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 : *18/04/2022* Le : *18/04/2022*

Signature de l'adhérent(e) : *SP*

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
12.04.2022.		Cs	300,00	INP : Dr H. Zine EL Abidine Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale 129, Boulevard Oum Babib, Résidence AL OFOQ Casablanca - Maroc - 20100

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/04/2022	556,90

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					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						

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 (List of teeth treated)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)				
				INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>				
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>				
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>				
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>				
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> H 25533412 00000000 </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> G 21433552 00000000 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> D 00000000 35533411 </td> <td style="text-align: center;"> B 00000000 11433553 </td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553
H 25533412 00000000	G 21433552 00000000							
D 00000000 35533411	B 00000000 11433553							
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>						
		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>						
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>						
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION								

Dr Houda Zine EL Abidine

Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie

Maladies et Chirurgie de :

Oreille et Audition, Nez et Larynx

et Ronflement

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH



د. هدى زين العابدين

طبيبة أخصائية الأنف - الأنف - الحنجرة

أمراض و جراحة :

الأنف و السمع، الأنف و جيوب الأنف

الحلق و الحنجرة الدوخة و الشخير

العنق و الغدة الدرقية

NASONEX® 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V: 131.70DH

Distribué par MSD Maroc

Barcode: 6 118001 150199

البيانات : 12/04/2022
البيضاء في :

21,70 x 2 = 43,40 BNY ANAL.
- Reni 14 x 21,70 (x)

61,00 Chartec 18,70 18,70 25,70 (x)
131,70 Nasorox 29,00 29,00 (x)

Dr H. Zine EL Abidine

* Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
100, Boulevard Oum Rabii, Résidence AL OFOQ
Quifla Mazola - Casablanca

Tel : 0522 690 690 - Urgences : 0663 69 10 10

E-mail : zeahouda@gmail.com - INPE : 091187293

48,10 - Ceph-26 34,10 Lant (x 5)

45,30 - Ventsoline 38,00 38,00 31,00 (x 7) -

218,00 Steretide 250 1 Buffie 21,00 11,00 1,00

ID: 648121
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 218,00 DH
Barcode: 6 118001 141876

PPV: 48DH50
PER: 12/24
LOT: 15725

LOT : 3335
UT. AV : 09-24
P.P.V : 61 DH 00

Dr H. Zine EL Abidine

Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

100, Boulevard Oum Rabii, Résidence AL OFOQ

شارع أم الريبيع إقامة الأفق - مازولا - الدار البيضاء 100

100, Boulevard Oum Rabii, Résidence AL OFOQ - Casablanca

Tél. : 05 22 690 690 - Urgences : 0663 69 10 10 - E-mail : zeahouda@gmail.com