

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

Conditionnements généraux :

- 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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W21-709734

117219

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1951	Société :	Royal
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LONERAS OMAR
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0661786709	Total des frais engagés	Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :	
 Dr. BEN CHIKROUN Abdellah Médecin Rhumatologue 15, Avenue Mohamed V - App. N° 6 Casablanca - Tél. : 036.52.89.65	
Date de consultation :	04/04/2022
Nom et prénom du malade :	LATRANI ONAR
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	arthrose généralisée
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 : 05/04/2022 Le : 05/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 Parfait état des Actes
06/05/2018	c		250,00	INP : 1234567890 Signature : Dr. A. B. C. Tél. : 066.52.80.55

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
RUE PAUL BÉGUIN Mme BÉGUIN SUSSA Tél : 05 22 24 80 54 Fax : 05 22 24 85 44	11/51 & 2	51,00-80 TET : 05 22 24 80 54 Fax : 05 22 24 85 44

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

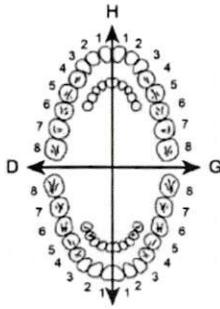
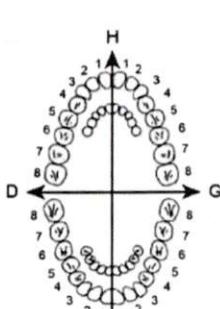
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, 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 
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Docteur BEN CHEKROUN Abdelhamid

Médecin Rhumatologue

Spécialiste des maladies des os, des articulations, des muscles, et de la colonne vertébrale,
Ancien médecin attaché aux hôpitaux de
Nancy en France
Ancien médecin - Chef du service de
Rhumatologie et rééducation à l'hôpital
Moulay Ismaïl de Meknès

الدكتور بن شرون عبد الحميد

طبيب اختصاصي في أمراض الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصيل، أمراض العضلات
والعمود الفقري

طبيب ملحق بمستشفى نانسي بفرنسا سابقاً
رئيس مصلحة أمراض الروماتيزم والتزويض
الطبي بمستشفى مولاي إسماعيل مكناس سابقاً

Meknès, le

04 MAI 2022

دكتور بن شرون عبد الحميد
Dr. Ben Chekroun Abdelhamid
Médecin Rhumatologue
15, Avenue Mohamed V - App. N° 6
MEKNÈS - Tel.: 05 22 52 80 65

PHARMACIE AL MASSIRA
51, Rue Rahel Ben Ahmed
Dr. Mme BEN... دكتور بن شرون
Tel: 05 22 24 80 54
Fax: 05 22 24 85 44

Dawani



نار
3 mois

188,00

PHARMACIE AL MASSIRA
51, Rue Rahel F med
Dr. Mme BENJOL juafae
Tél : 05 22 24 80 54
Fax : 05 22 24 85 44

2. Algide Ensayel ral
105
puis pris



100,-

52.70

PHARMACIE AL MASSIRA
51, Rue Rahel Ben Ahmed
Dr. Mme BENJOUSSA Ouafae
Tél : 05 22 24 80 54
Fax : 05 22 24 85 44

210,80

للكتور بن شرون عبد الحميد
Docteur BEN CHEKROUN Abdelhamid
Médecin Rhumatologue
15, Avenue Mohamed V - App. N° 6
MEKNÈS - Tel.: 05 22 52 80 65

15, شارع محمد الخامس شقة 6 إقامة لطيفة مكناس الهاتف / الفاكس: 05 35 52 60 65 (فوق الصيدلية المركزية)
15, Avenue Mohamed V Résidence Latifa - App N° 6 Meknès (au dessus de la Pharmacie Centrale) Tél/Fax : 05 35 52 60 65

E-mail : a-benchekroun@hotmail.com

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

LOT 210830
EXP 01/2024
PPV 52.80DH

13

PIASCLEDINE® 300MG
Boîte de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS

PIASCLEDINE® 300MG
Boîte de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS