

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 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

- 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 : 11409 Société : DAM 148231

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TALIQ HICHAH

Date de naissance : 09 11 70

Adresse :

Tél. : 06 64 3044 17 Total des frais engagés : 564,70 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : TALIQ HICHAH Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Jeune

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 : 05/04/22

Le : 05/04/22

Signature de l'adhérent(e) : TALIQ HICHAH

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
01/04/2022	C3		300,00	REINHOLD S. BENKERT, M.D. 16 Avenue Capital Entrée Bât. B, 21-23, 52130 SAARWELL Tél. 03 20 30 30 41 Fax 03 20 30 30 41 ICE: 0020303041

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>ARMAND</i> <i>Pharmacie IBA</i> <i>Association Pharmaciens</i> <i>05 22 86 05 70</i>	05/04/22	264,800

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik

pédiatre spécialiste

diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,

Cabinet



de pédiatrie

الدكتورة حنات بنخضرة بنعبد الرزق

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضيع

خريجة كلية الطب بلجيج (بلجيكا)

CASABLANCA, le 05.04.2022

LOT: 211437
PER: 09-2024
PPV: 11,30DH

M31 VOGALENE 5 mg suppos séc : Plq/10

1 suppo le matin et le soir, avant le repas, pendant 2 jours.

2 ENTEROGERMINA

6000 1 dose 2/ j 5 jours

3 ORELOX 40 mg/5 ml glé p susp

10ff 1 dose/ kg 2/ j 5 jours

PPV 12DH90
PER 02/24
LOT K477

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
Enterogermina 2 milliards
susp b 10 fl 5 ml
P.P.V: 60,00 DH

6 118001 081653

4 DOLIPRANE 300 mg suppos : B/10

1 boite

1 suppositoire toutes les

PPV (DH):
Lot N°:
UT. AV:

2250

5 BRUFEN SIROP

9250 Prendre 1 cuillère-mesure le matin, à midi et le soir, pendant 2 jours.

6 PEVARYL 1 % crème : T/30g

8000 Faire 1 application le matin et le soir.

PEVARYL 1%
CREME T30G
P.P.V: 50DH90

6 118000 012184

Dr Hanane BENKHADRA

أ.نواو كابطال سانتر شارع عبد المؤمن زاوية شارع أنواو المدخل A المكتب رقم 9 الطابق الأول - الهاتف : 05 22 36 37 27 - بالموعد.

416, Anoual Capital center, Bd abdelmoumen angle Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9th étage - Tél : 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11

— benkhadrahanan@gmail.com — **المستعجلات : 06.63.05.28.12** — Sur rendez-vous —