

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

- 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° W21-667220

MUPRAS
RECEPTION

120960

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2572

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAYDI BOUAZID / MOUKHRIF NAJAT

Date de naissance : 14/8/64 F DE ROYA NOUASSER

Adresse :

Tél. : 0674456542

Total des frais engagés : 000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23.05.22

Nom et prénom du malade : MOUKHRIF NAJAT Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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.



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 : Derouea

Le : 28/06/22

Signature de l'adhérent(e) :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
BLOC U N° 1 D'AROUZI 05 22 53 20 80 Pharmacie PRINCIPALE sarl au	23/05/22	261,90

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

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 <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433562</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433562	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433562														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		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"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

الدكتور احمد جامي
الطب العام

- حائز على دبلوم أمراض العظام والمعاصل
من جامعة بوردو بفرنسا
- حائز على دبلوم أمراض السكري من
جامعة بوردو سيكالين

ابن احمد في : 23/05/2011

دواء ١/ Zinc on Zimaskin ٢٥٠ mg
٢/ Flagyl ٢٥٠ mg / jour
٣/ D-Cene forte ١٤ × ٢
٤/ Ilexine ٦٠ mg / jour
٥/ Rinomucine ٢٢٧ mg / packet / jour
٦/ ٦٦١٩٠

Najat DOUKHRIF

Pharmacie PRINCIPALE 'ROUA'
Bloc U N° ١
Tél: ٠٥ ٢٢ ٥٣ ٢٠ ٨٣

Dr. Ahmed JAN
Meilleure Centrale
14, Rue Chouf Chouf - Ben Arous

11
8/28/05/2022
3/
4/

22,70



مختبرات الصيدلانية فارما ك
يسعى لاطلاق فيلاي صيدلي مسؤول

SYNTHEMEDIC
22 rue soukair brou al aquam roches
nouvelles casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr OR
Bolte 14
841/150MP/21ANRQ P.P.V:123,60 DH
6 118001 020607

PPV:49,60 DH
LOT: 21129
EXP: 09/2024

LOT : 5279
UT. AV : 12-24
P.P.V : 22 DH 70

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90 EXP 12/2024
LOT 18066 27

20 comprimés effervescents