

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.



Declaration de Maladie

N° W21-727043

12/05/22

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13177

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ben m's Zineb

Date de naissance : 13/03/1997

Adresse : bd abderrahim bouabid, avenue Bir Hakim, Res Prestige Tercada, 0155

Tél. : 0662 311 855 Total des frais engagés : 2071,00Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 13 CEP. 2022

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : / Age: /

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

Nature de la maladie : Céphali

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'adresse du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casablanca

Le : 12/05/22

Signature de l'adhérent(e) : Ben m's

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
28-09-22	G	1	300	INP 10/10/2022
22	I-C		100	INP 10/10/2022
				INP 10/10/2022
				INP 10/10/2022

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de l'Oasis Mme R LAHLOU ET KATEI 64, Boulevard Bouabid - Dakhla Tél : +212 22 25 39 74	08/09/2020	1371.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08.09.11	per heure	300.-

AUXILIAIRES MEDICAUX

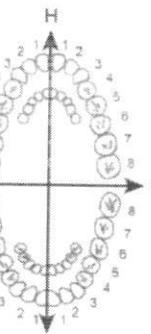
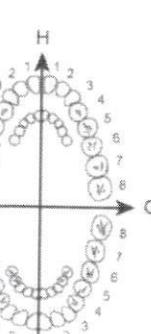
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d

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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXI

Casablanca, le 08.09.22

ORDONNANCE

D) Bernie Tuis

1371.00

N) français



1371.00

~~54, Bd. Ghandi - Casablanca
Spécialiste en Anesthésie Réanimatologie
Dr. EL OMARI ZAKRIA
Tél : 05 22 36 74 05~~

Pharmacie de l'Oasi
Mme R LAHLOU EL KATI
64, Boulevard A. Bouabid - Oa
Tél : 05 22 25 39 74

50 mg fer/ml



ferinject®
carboxymaltose ferrique

Solution pour injection/perfusion
Doit être administré sous
surveillance médicale

A utiliser sous prescription médicale

* Distribué par
PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV: 1371 DH 00

قبل الاستخدام يجب التأكد من عدم وجود رواسب
ومن تاريخ انتهاء الصلاحية.
عند اعطاء الدورة من طريق السبرينجوري يجب تخفيف
المحلول بمحلول كلوروكسوسيرور 0,9% (نصف
بottle) يستخدم مباشرة بعد التخفيف.
يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.
يحفظ في درجة حرارة لا تزيد عن 30° مئوية.
احمه من التجمد.
الجرعة وطريقة الاستعمال إنما التشریف المرفقة

Ne pas dépasser la dose prescrite
Tableau A
(Liste I)

21/01/01
06/02/2021
PCCK
BADIA

1 Flacon (10 ml)
Voie IV

Un flacon de 10 ml
contient 500 mg
de fer


پرمفاجم ش.م
PROMOPHARM s.a
Z.I. du Sahel - Had Soualem - Maroc



LOT: 8721
FAB.: 02.2021
EXP.: 02.2024



Casablanca Le : 28.29.2021

NOTE D'HONORAIRE

Le docteur R. ce

Prie M..... Ressis Zink

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présent suivant l'usage sa note
d'honoraire pour.....

S'élevant à la somme de.....

Signature :

DR. EL OMARI ZAKRIBA
Spécialiste en Anesthésie Réanimation
Dr. Ghandi Clinic
Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 0522 367405 / 0522 366911
CLINIQUE GHANDI
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 0522 367405 / 0522 366911
Matraz N