

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

- 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.

33681

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : RAM	
Matricule : 13076	Nom & Prénom : 2004 23 DA Zineb		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 10/08/1987		Adresse :	
Tél. : 06 10 490262		Total des frais engagés : 287,80 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	Dr. HAIMEUR Zineb Psychiatre Service d'Addictologie Centre Hospitalier Ibn Rochd
Date de consultation : 13/08/22	Nom et prénom du malade : Zineb Benyamin	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	
Nature de la maladie : Gastro-entérite		
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 : Casablanca

Le : 08/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

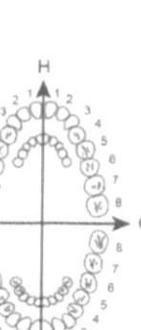


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/08/20	CV & RV		68	INP : 091140362 DR. HAIMEUR Zineb Psychiatre Psychotologie Bel Ibn Rochd

PHARMACIE KHIRANE		EXECUTION DES ORDONNANCES	
Capital du Pharmacien	Date	Montant de la facture	
du Fournisseur	10/08/2022	807	
182, Lot Essenia Magasin 2	Dr. 1000	182, Lot Essenia Magasin 2	807
05.22.33.00.05	09/08/2022	05.22.33.00.05	807

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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 Particulier	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 canalaires, 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 PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 200px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
		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"/>														



Casablanca, le : ١٢/٠٨/٢٠٠٣

ordonnance

Docteur :

Dr. HAIMEUR Zineb
Psychiatre
Service d'Addictologie
Centre Hospitalier Ibn Rochd

Nellie Zineb Banzile

83.70

1)

5561

Dervat 80



36.20
2)

moniel 6 5333



5 — 52

5/4

5561

lyzzine 5

—

52



DEROXAT

20 mg
Paroxétine
Comprimé pelliculé sécable

Composition :
Un comprimé pelliculé contient
20 mg de paroxétine (sous forme
de chlorhydrate de paroxétine
hémihydrate).

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

**DEROXAT +
GROSSESSE =
DANGER**



Ne pas utiliser chez :
 - l'adolescente ou la femme en
 âge de procréer, et sans
 contraception efficace
 - la femme enceinte
 sauf en l'absence d'alternative
 thérapeutique

GlaxoSmithKline Maroc
 Aïn El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 83,70 DH

9 ID:649077



Voie orale.

أنксиول®

برومازيبام

6 مغ

عن طريق الفم



36,70

ANXIOL® 6 mg 
30 comprimés quadrisécables



118000 081111



سپماکو المغرب
SPIMACO MAROC

POLYZAPIN®

Olanzapine



167,40

5 mg

COMPRI
SÉCABLE

VOIE

