

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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.
- Le 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 une fois par an.

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12658		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ZEKRI Hicham		Date de naissance : 19/07/1988	
Adresse : Sous le nom, Gulf City Villa 408		Total des frais engagés : 363,40 Dhs	
Tél. 0663285616		Total des frais engagés : 363,40 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 06/03/2014			
Nom et prénom du malade : ZEKRI Hicham Age : 35			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Face à la fracture de l'épaule			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : /			
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 : 06/03/2014

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 06/03/2014

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE 23 CYPRO VILLE VERTE Centre Commercial La Promenade al C16 - Ville Verte, Bouskoura Casablanca Tél: 05 22 78 31 33	06-10-3 / 084	363,40

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		

Date: 06/03/2021

Ordonnance

DR ZEKRI HICHAM

63,90

- Bi profenid LP



1cp x 2 fl

207,00

- Augm li N



98,50

- oeds

1P le 20/03/2021

T = 36340

Dr. Ali DEMOURA
Ancien Chirurgien Orthopédiste
Ancien Chef de Clinique XII a la Faculté
de Médecine - Paris
Orthopédie - Traumatologie - Arthroscopie
Chirurgien du Rachis (colonne vertébrale)
Chirurgie tumorale

BI-PROFENID LP 100MG
LOT 26022022
PER. 30/03/2022
P.P.V : 63DH90
6 118000 061998

PHARMACIE LES CYPRES
VILLE VERTE

Centre Commercial La Promenade
Local C16 - Ville Verte, Bouskoura
Casablanca

Tél: 05.22.78.24.20

COOPER
PHARMA

OEDES 20mg
28 gélules



6 118001 100088

COOPER PHARMA

PPV: 92,50 DH

LOT 230643

EXP 09/2025

PPV

AUGMENTIN

AMoxicilline-acide clavulanique

1g/125 mg

Sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

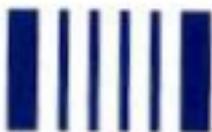
Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 207,00 DH

LOT: 653584

PER: 09/25



Augmentin est une marque déposée
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline