

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.

Maladie **Dentaire** **Optique** *CA* **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e) **12326** Société :

Actif **Pensionné(e)** **Autre** :

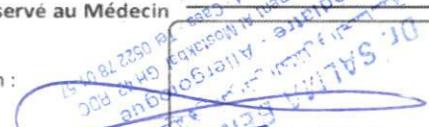
Nom & Prénom : **ZGUENDI KARIM**

Date de naissance :

Adresse : **N°6 Lot Yakout Sidi Mansour Casablanca**

Tél. : **066.1719.334** Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

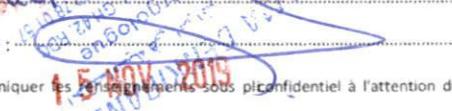
Cachet du médecin : 

Date de consultation : **15/10/2015**

Nom et prénom du malade : **Zguendi Karim** Age :

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : **Vacin + Crustose**

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 : **05/10/2015** Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme. HJANNA NADALIS BELA Bd 50 15 Lot commun Tel. : 05 22 11 11 11 <i>Pharmacie MORJAN</i> <i>CASPAR S.A.R.L.</i>	07/10/2010	1366,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DÉBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

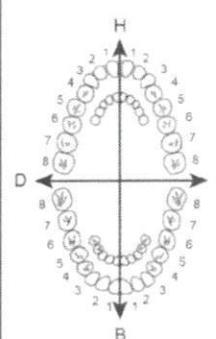
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Salma BENKIRANE

**Pédiatre - Allergologue
Homéopathe
Ancienne interne
du CHU Ibn Rochd**

دكتورة سلمى بنكيران

**اختصاصية في أمراض الطفل و الرضع
والحساسية و مرض الربو
والطب المثلثي
طبية داخلية سابقة في مستشفى ابن رشد**

Casablanca, le : 7/10/2011 : البيضاء في:

3gendi Naëp

639,00

AS

270,00 Hexaxim

AS

21 Rotaria.

AS

531,00 Syntflorix

AS

78,50 u/ Thuya 16 ml

AS

longeau gencival

SP

adomer dilue dosinfidee.

54,00

SP

5/ Arnica gel : application a 3/3 si

8,60

SP

douleur musculaire

6/ Doliprane Suppo 100mg

SP

41,80 Suppo a 4/1

SP

54 - > 38,15

SP

7/ Myroderm aére et application 2/1

1366,32

372, Lotissement Al Mostakbal, GH42, RDC, App.1, Sidi Maârc
Tél: 05 22 78 01 57 - Tél: 06 80 12 22 20 • E-mail : drsalmbenkira

625486
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 270,00 DH
P.P.V: 439,00 DH

6 118001 141708

MANUF.: 15092011
LOT: P3K282V
EXP/CAD: 07-2020

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.N.
Ain sebaâ Casablanca
HEXAXIM 0,5ML 1/2AIG
P.P.V: 439,00 DH

6 118001 082063

Jik / Intramusculaire
ID: 613276
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 531,00 DH
6 118001 142392

MYCOSTER® 1%

Crème Tube 30 g

6 118000 011118

MYCOSTER 1%
CREME T30G
P.P.V: 45DH20

6 118000 011118