

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° W19-445095

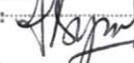
RA

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 08726	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FICALI AOUAL PLA			
Date de naissance : 01/05/1966			
Adresse : 14 Rue Ennej 2 NOV. 2015	Total des frais engagés : \$1552,70 Dhs		
Tél. : 0661330723			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 20 SEPT 2019			
Nom et prénom du malade : FICALI AOUAL PLA			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Axa d'osth			
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

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 20/11/2019

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
20 SEPT 2019	105 SARDOU	100	100	INP : 69101605

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DES DALIAS 152, BIS Bd Panoramique Talihin - Tah 0522 597 66</i>	<i>20/05/19</i>	<i>130470</i>

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.				
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>				
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>				
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 —————— D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>				
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>				

Docteur Latifa SADOUQ

Maladies des Enfants et des Nourrissons
Diplôme d'Allergologie, Asthme de l'Enfant

الدكتورة لطيفة صدوقي
اختصاصية في أمراض الطفل
و الرضيع

Ordonnance

Casablanca, le

20/09/2019

FILALI AOUAL Ghita

Age : 12 ans 5 mois

SV

١٤٩٢٥
CLAVULIN SACHET 1 G B/16

1 sachet, matin et soir, pendant 8 jours

SV

٥٨٤٠
SOLUPRED COMPRIMÉS 20

2 cp 1/2 / j, le matin, ap rep, pendant 5 jours

SV

٩٣٣٥
VENTOLINE SPRAY

3 bouffées 4 par jour, pendant 8 jours

SV

١٦٥٠٥٦
SERETIDE

2 b'ouff 2 / j (pendant 6 mois)

Dr SADOUQ Latifa En BOUZIANE
Pédiatre
Angle Bd 2 Mars Et Bd Qods
Res El Majd Imrin J Etg 1 N° 4
Casablanca Tel: 0522 52 75 43

صيدلية الالي
PHARMACIE DES DALIAS
Dr. S. BOUSFIHA BOUHLAI
490, Bis Bd. Panoramique
Montpellier - Tel: 0522 527 560

58,40

Solupred® 20mg

ENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

PPV : 149,00 DH
LOT : 607871
PER : 08/20

ID : 623275 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 175,00 DH
6 118001 141869

ID : 623275 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 175,00 DH
6 118001 141869

ID : 623275 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 175,00 DH
6 118001 141869

ID : 623275 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 175,00 DH
6 118001 141869

ID : 623275 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 175,00 DH
6 118001 141869

ID : 623275 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 175,00 DH
6 118001 141869