

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	05852	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	34624
Nom & Prénom : HIRMI NAFISSA			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés :	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation : <u>01/09/2022</u>	
Nom et prénom du malade : Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Diastole aortique / HTA</u>	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/09/2022	188,30
	12/09/2022	700,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT 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 REVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Dr. SALMI Safaâ
Medecin Généraliste
Res. Rachid, Agf - 12 - 2ème Etage
bouskoura Centre - Tel: 05 22 78 11 65

Banskara Le: 12/03/2026

Alme Noafissa himi

1) $49,60 \times^3$ 1) $26 \text{ al } 5 \text{ j pft dres}$
 $1 \text{ amper } 5 \text{ j pft dres}$
 $1 \text{ amper } 5 \text{ j pft dres}$

2) $45,80$
 $26 \text{ al } 5 \text{ j pft dres}$
 $1 \text{ amper } 5 \text{ j pft dres}$

3) $41,60 \times^4$ 1) $26 \text{ al } 5 \text{ j pft dres}$
 $1 \text{ amper } 5 \text{ j pft dres}$

4) Gluc 81 100,00 p'tit gue
28,00 1 - 01

PPV: 49,60 DH
LOT: 22C01
EXP: 03/2025

5) Metformin
250 0 - 100 g p'tit gue

PPV: 49,60 DH
LOT: 22C01
EXP: 03/2025

6) Sibutramine 1,5
100 mg p'tit gue

PPV: 49,60 DH
LOT: 22C01
EXP: 03/2025

7) T, 100,00
PHARMACIE PLACHEIDI
N°6101-0341-77-22-00
100 mg x 100 comprimés

Dr. SALMI Sataâ
M.D.
Généraliste
Rés. 3ème étage

281,00

28,00

141,60

141,60

45,180



ORDONNANCE

Bouskoura, le 01/09/2006

Nom / Prénom:

Noufissa himmi

28,80 x 3

1) Vitamine  forte
1000 mg x 3

pot 1 mois.

2) Clofemen  50 mg
38,90 x 10 pots

3) Iodos  100 mg
39,00 x 10 pots

Dr. H. M. Safaa
Médecin Généraliste
Rachid Apt. 12 - 2ème Etage
Boukhale Centre - Tel: 05 22 78 11 55

LOT: M0786
PER: 06/2024
PPU: 33,00 DH

PPV

LOT

PER

32190

PPV

LOT

PER

28130



PPV

LOT

PER

28130



PPV

LOT

PER

28,80

