

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3/100 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAGNIOUI

DAOUIA

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : LALLA MERIEM

BOCO 8. M

CASA

Tél. : 06.27.25.73.14

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/10/2012

Nom et prénom du malade : LAGNIOUI DAOUIA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Broudhia asthmalphym

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

Broudhia asthmalphym

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 :

Le : / /

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
27/11/22	CA	C1	6000F	



EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Al Hassan 27/10/22	27/10/22	1060,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch, likely upper, showing the arrangement of teeth. The teeth are numbered 1 through 8 on both the left and right sides. Number 1 is at the midline, 2 is the central incisor, 3 is the canine, 4 is the first molar, 5 is the second molar, 6 is the third molar, 7 is the first premolar, and 8 is the second premolar. The arch is oriented with a vertical axis (H) pointing upwards, a horizontal axis (D-G) pointing to the left, and a horizontal axis (B) pointing to the right.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le: 27/10/2021

PHARMACIE
THERAPEUTIQUE
ET BIEN ETABLIE
PAR M. GUY BOURGEOIS
100, AVENUE DE LA LIBERTE
75011 PARIS

INP: 092033034

ORDONNANCE

N° 24240100
27/10/2021
Ministère de la Santé
C.S. MEDICAL
Arrondissement AS H.M. Décira

106,80 x 5

1) Triaxon 1g i.y
nini IN li (n° 5).

56,60

2) Diprostene i.u) 

22,50

nini IN

75,00 3)

forawort 100 i.u

2 pub 2 uch

63,20 4)

Na  puline

2 pub 1 uch

= 1060,605

Fytac 10
1511

Distribué par MSD Maroc
AMM 74/19 DMP/21/NRQ
PPV: 56,60 DH



6 118001 150137 >

LOT: S-02-3
PER: 01-2024
PPV: 106,80DH

LOT: S-05-2
PER: 03-2024
PPV: 106,80DH

LOT: S-02-3
PER: 01-2024
PPV: 106,80DH

LOT: S-02-3
PER: 01-2024
PPV: 106,80DH

LOT: S-02-3
PER: 01-2024
PPV: 106,80DH

63,20



LOT: 0A10506
PER: 09/2023
PPV: 75 DH 00



GTIN: 1801117248899
LOT: 1B17791
EXP: 07/2023
S/N: 1124718835129

PPV: 225 DH 00