

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0033715

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3078 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Boulymida Abdellah → 313

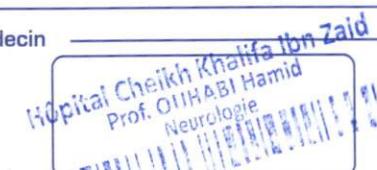
Date de naissance : 30/09/1947

Adresse : Rosaria en ce - Thalassotherapie Rue 6

Tél. : 0656397124 Total des frais engagés : 2237.74 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/11/2021

Nom et prénom du malade : LAITI BENHABIB Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Encéphalopathie hypertensive

Affection longue durée ou chronique : ALD 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES



Dates des Actes 17/11/2022	Nature des Actes C	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires 300 D.H.	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes Cheikh Khalifa IBRAHIM Hôpital Ibn Neffache
-------------------------------	-----------------------	-----------------------	---	--

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur PHARMACIE SARAH AZ SARAH AZ 140 LOT S. Alida Lissas Téléphone : 05 22 65 20 07	Date 17/11/2022	Montant de la Facture 1937,20
--	--------------------	----------------------------------

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : ١٧/١١/٢٠٢٢

~~نـ = كـ مـ نـ يـ اـ لـ تـ يـ اـ ١٥٤~~

~~٢x ٥٦١,٠٠~~

~~٣١ كـ فـ رـ وـ ٥٠٧~~

~~٣٦٨١,٢٩~~

~~S.Y.~~

~~٢x ٢٩٨١,٠٠~~

~~٧٢~~

~~٣٦٨٢,٢٦~~

~~S.Y.~~

~~٤١ فـ لـ دـ وـ ٤٠٧~~

~~٧٢~~

~~S.Y.~~

~~٤١,٨٠~~

~~٣١ فـ لـ دـ وـ ٤٠٧~~

~~S.Y.~~

~~١٧٧,٤٠~~

~~١٤ — ١٤ — ١٤~~

~~S.Y.~~

~~٤١ دـ لـ دـ وـ ٤٠٧~~

~~٥,٦٢~~

~~S.Y.~~

~~١٩٣٧,٢٥~~

~~٦٠~~

~~S.Y.~~

~~Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Prof. OUHABI Hamid
Neurologue~~

GlaixoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 561,00 DH
ID: 650276
6 118001 1426

GlaixoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 561,00 DH
ID: 650276
6 118001 142606

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH

6 118001 050697

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH

6 118001 050697

Maphar
Bd Alkdim N° 6, QL.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Risperdal 1mg/ml sol b 60ml
P.P.V. : 177,40 DH

6 118001 182633

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V. : 41DH80

6 118000 010227