

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.

N° W21-777723

146162

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5221

Société : R A 17

Actif

Pensionné(e)

Autre : KATI SAID

Nom & Prénom : El Ghazi - Ghislaine

Date de naissance : 13.09.1959

Adresse : 5 rue elhadj Hachane 2, Féz

Tél. : 06.14.31.75.90

Total des frais engagés : 129,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05.01.2023

Nom et prénom du malade : EL GHAZI GHIRLANE

Age: 41

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 05/01/2023

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
07/02/2023	05	09	INP : 081063778	MSADEK ABDERRAHMANE CSUZ

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DE LA CITE - BLOC 11 N° 12 TÉL: 03 68 05 06 60 47 12	25/11/2023	129,72

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

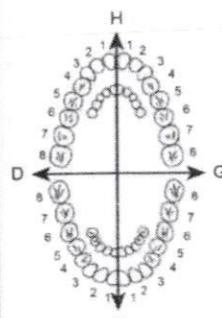
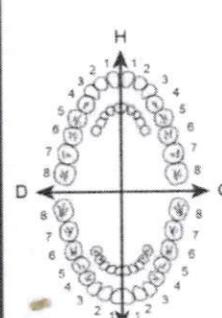
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 00000000 35533411	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	D 00000000			MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE
DELEGATION PROVINCIALE D'EL HAJEB



المملكة المغربية
وزارة الصحة
والحماية الاجتماعية
المندوبية الإقليمية للحاجب

Formation sanitaire

Date : 05/11/2023

Nom et Prénom : El Ghazi ghizlane

ORDONNANCE MEDICALE

16,60

- Sug st mél aux
S.V



22,72 x 3

- Ibj nomi aux
S.V

45,02

- Ibj sujne aux
S.V

129,22



Cachet et Signature :
Dr. MSSAHID ABDERRAHIM
Béchir Ben Abdellah
Dr. TAOUFIK BEN
Moussaïd De SFA

LOT: 210763
PER: 06-2023
PPV: 45,000D

Systral® Crème

LOT 92045 2
EXP 04/2024
PPV 16DH60

PHAP

بلسمين
متغيرات

يساسين - حلول فلالي - صيدلي مسؤول
مختبرات الصيادة قاردايا

22/08