

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

- 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 : 1463

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HALOU LATIFA V° HEMMI ABDel Kader

Date de naissance :

Adresse : AZHR II Rue TS N°46 El oufia casab

Tél. : 0664772325

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/01/2013

Nom et prénom du malade : HALOU LATIFA Vane femme

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affectu Rhumatisme et bronchique

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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cacher et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/01/2023	e	8		RECEUILLI MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES PREFECTURE DES ALPES MARITIMES Médecin : MOUSSA DAFQUI Signature : MOUSSA DAFQUI Chef par Interim : MOUSSA DAFQUI

09122 0822

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>La Corniche Moulay Youssef EL ALLALIN Agadir INPE 56</i>	<i>13/01/09</i>	<i>346,70</i>

TELE: 092037266

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

ENT

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 canalières, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

319, Bd Moulay Youssef
EL AALI CORNICHE
TEL/Fax 0522276703
Casablanca
Le Maroc

Le :

13/01/2023

ORDONNANCE

Mme HALoui Lotfe neveu

HEMNI

42,20

42,20 1) Calafix 3g S.V 1 cpf

49,00 2) Docrox 500mg S.V 100x31

37,20 3) Physiodose pour lavage oculaire

66,00 4) Azigane 500mg S.V 30x3 j

(44,20x2) 5) Difal 500mg S.V 100x2b

(10,30x4) 6) Dolipone 500mg S.V 40x4b

82,70 7) Rinavigne Sachet S.V 1 sachet x 21

346,70

LOT: 223692
DUU: 09/2025
49,00 DH

ZENITH PHARMA
PPC: 37,20 DH

66,00
DUU: 09/2025

DIFAL
Diclofénac sodique 50 mg
Boîte de 30 comprimés
P.P.V: 44,20 DH

DIFAL
Diclofénac sodique 50 mg
Boîte de 30 comprimés
P.P.V: 44,20 DH
6 118000 190349

WILTEDE DE LA SANTÉ
DÉPARTEMENT DE LA PROMOTION SOCIALE
DOCTEUR FAIZA
Médecin Chef
GS M. Sayyid
Délegation Générale

22170

PPV:10DH30
PER:06/25
LOT:L1262

PPV:10DH30
PER:06/25
LOT:L2053

PPV:10DH30
PER:06/25
LOT:L2313