

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-669037

247354



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 10817 Société : R. A. M.		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : DRIOVICATE Med EL Yehedi
Nom & Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : 136,10 Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :		
Date de consultation : 23.01.23	Nom et prénom du malade : DRIOVICATE Nouf obay Age: 20		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant	Nature de la maladie : grippe		
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 : Casablanca, le : 30/01/2023

Le : 30/01/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA BOURGOGNE UNIVERSITÉ DE BOURGOGNE FARMACEUTIQUE	23/10/2018	136,80

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>																			
				Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>																			
				Montants des soins <input type="checkbox"/>																			
				Début d'exécution <input type="checkbox"/>																			
				Fin d'exécution <input type="checkbox"/>																			
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	Determination du coefficient masticatoire <table border="1" data-bbox="1507 895 1709 1009"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		B		00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>	
						H																	
						25533412	21433552																
						00000000	00000000																
						D																	
G																							
B																							
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
Montants des soins <input type="checkbox"/>																							
Date du devis <input type="checkbox"/>																							
Date de l'exécution <input type="checkbox"/>																							
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							



6118001

080052

110000

110000

Hôpital sans Tabac

Fumer tue

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd

مستشفى 20 غشت 1953

Hôpital du 20 Août 1953.

المملكة المغربية

وزارة الصحة



Royaume du Maroc

Ministère de la Santé

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 23.08.23

ORDONNANCE

Docteur :

- 1) Oralen (enfants) (1 flacon) 
- 1 dose au moins 2x/j (N° 8)
- 2) Doliprénal à 10% (sirop) (1 flacon) 
- 1 dose au moins 1x/j (benevol) (N° 7)
- 3) Nurosol (sirop) (1 flacon)
- 1 dose en graine en alternance avec Doliprénal à 10%

Doli®
PEDIATRIQUE

PARACETAMOL

17,50

PPV 170H50
PER 10/25
LOT L3451

