

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 817 Société : Ram

Actif Pensionné(e) Autre : Retraite

Nom & Prénom : Benmoussa Monique

Date de naissance : 6/8/1963

Adresse : oulad Soltane Bouzachane Larache

Tél. : 066466650 Total des frais engagés : 750,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

149.23

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

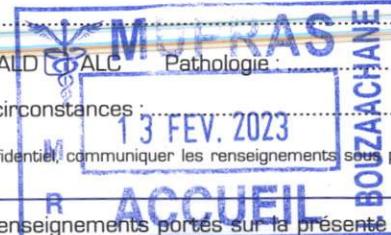
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Mouna MAALOUF C.R Ouled Saleh, Douar Lahouaura par Bouskoura - Tél: 05 22 52 09 75	09/09/2023	750,10

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

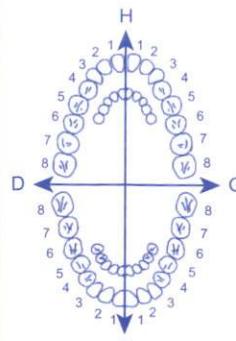
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

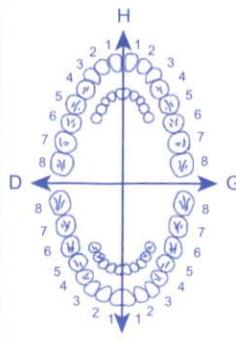
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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



211027074440BE

09 février 2023

BENOUHOUD MARIA

64,00 x 5
20,00 x 6
58,10 x 2
99,00

- 1/ ANCINE 50MG 1cp X2 /jour SV
2/ SINTROM 3/4cp/jour SV
3/ CARDENSIEL 5 MG CP 1/2 cp par jour SV
4/ OEDES 20 MG GELULE 1 gel 1/4Heure avant repas SV

traitement de 3 mois

95,00

Extramag

1cp

Nali

SV

750.20

Dr. Mounir OULEDSALE
C.R Ouled Saleh, Deme Lahouaoura
par Bouskoura - Tel:05 22 59 02 75

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. Assistant El GUARRADI Amel
Cardiologie
12/12/2023
121203264



090063728



ANCINE® 50mg
30 comprimés enrobés



ANCINE® 50mg
30 comprimés enrobés



ANCINE® 50mg
30 comprimés enrobés



ANCINE® 50mg
30 comprimés enrobés



Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés



PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

PPV : 20,00
Exp : 20/23
N° Lot : E049

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

ANCINE® 50mg
30 comprimés enrobés
7862160239

LOT : 410
PER : 11/24
PPV : 64,00 DH

6 118000 141112

LOT : 410
PER : 11/24
PPV : 64,00 DH

6 118000 141112

V002-01/21
ETEXMAC030CP

Date de fabrication :
A consommer de
préférence avant fin :
N° de lot :

LOT : 404
PER : 05/23
PPV : 64,00 DH

6 118000 141112

LOT : 410
PER : 11/24
PPV : 64,00 DH

6 118000 141112

LOT : 408
PER : 05/24
PPV : 64,00 DH

6 118000 141112

OEDES 20mg
28 gélules

6 118001 100088

LOT 211480
EXP 04/2024
PPV 99.00 DH

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés



PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

PPV : 20,00
Exp : 20/23
N° Lot : E049

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

