

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° W21-797827

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11533

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NASR Neurta

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 00 643 493

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

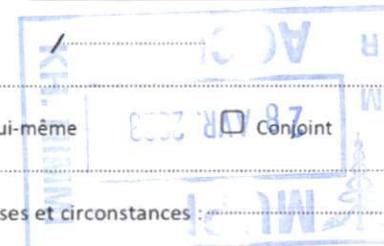
Nom et prénom du malade :

Lui-même

Age :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/04/23	602,50

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

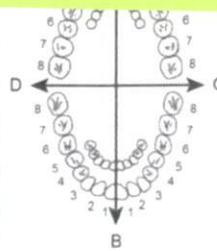
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant des Honoraires
		A	M	P	C	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



Perdu
Manque
Vasco



(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

DES

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

ATION DU COEFFICIENT
ASTICATOIRE

H	33412	21433552
	00000	00000000
B	00000	00000000
	33411	11433553

G

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



2112022140400.

PHARMACIE NOUR VICTORIA
Dr. RAHAL Hajar
Annasr S2-ZR164 N°1 Victoria CR
06.64.21.83.38
05.20.630.01

6 118001 100897
Cardensiel® 10 mg
Comprimés pelliculés sécables 8/30
PPV: 76.90 DH
090063728



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain sebâa Casablanca
Copavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH
5 118001 082016

NASR MOUNA

- 1/ Co Plavix 75 mg 1 cp / j le matin
2/ Adancor 10mg 1cp /jour
3/ Cardensiel 10 mg 1cp/j
4/ Amep 10 mg 1 cp/j
5/ Stanorm 20 mg 1 cp/j
6/ Vascor 35 mg 1 cp x 2/j *
7/ Lamprol 30 mg 1 gelX2j le matin 15 min avant
repas
8/ Doliprane 1g 1cp/jour

TRAITEMENT DE 6 MOIS



090063728

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 LF : 40127291 CNSS : 9779309
Tél.: +212529091111/+212529092222 Fax: +212529060977/+212529060979 www.hm6.ma

092088962

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **NASR HOUNA**

Matricule : **11533** N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois à vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : *Cardio pathie*

*VCR, ischémie dilaté stenose, Diabète,
Nephropathie diabétique au stade d'IR*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

VCR se déclenche

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le / /

Cachet et signature du médecin traitant :

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

756.867.01.19



Adancor® 10 m
30 comprimés sécables

Nicorandil

Voie orale

30 comprimés sécables

ADANCOR 10 mg, comprimé sécable -Boîte de 30

Prix : 72,80 Dhs

Pharmacien Responsable :
Amina Daoudi



6 118001 103003

MERCK

FB0_48,5x20,5x
134,5 mm
FA099_Lamp

Lot 221041
EXP 07/2025
PPV 75.20DH

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
Lisez le tableau A