

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.

Déclaration de Maladie



03532 N° W21-667012

159220

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

03532

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Noureddine

Date de naissance :

Adresse :

0651888244

Tél. :

Total des frais engagés :

4110558

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 : 02/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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
30/03/2023		cl	3000,44	INF : INPE:091205476

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>AD. TECH PHARMA S.A.S TELE. 02 33 80 00 63 29200 Lorient</i>	20/03/23	1495,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553		35533411		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
						H	25533412	21433552										
						D	00000000	00000000										
						B	00000000	11433553										
							35533411											
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 218,00 DH
ID 650240
6 118001 141876

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 218,00 DH
ID 650740
6 118001 141876

Lot N° : 223204
Fab : 11/2022
Per : 11/2025
PPV: 210,00 DH

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 218,00 DH
ID 649096
6 118001 141876

bac

Spiro. endoscopie
Pathologie du sommeil
Pathologies professionnelles

Lot N° : 223204
Fab : 11/2022
Per : 11/2025
PPV: 210,00 DH

الادعاء

Lot N° : 223204
Fab : 11/2022
Per : 11/2025
PPV: 210,00 DH

Ordonnance

Casablanca, Le : 30/03/2022

Nom :

Mme Boufekdoush Amina

X (1)

Docinox 400 = 1cp x 2/j

X (2)

Docinox 800 = 1cp x 2/j
(podosj)

X (3)

Anapred 20mg =

2cp le matin (05h)
(après repas).

X (4)

Cefix 200mg = 1cp x 2/j (05h)

X (5) Aero, 5mgcp = 1g au couche (x3) (3 mois) :

X (6) 1 jet D3 BAN 200.000 UI =

210,00 x 3 = 630 1 pose, le matin à 8h.

(7) Fluim 10mgcp = (x2)

218,00 x 3 = 654,00 (au 1h après le dîner) (03 mois),

(8) serofide 250 mcg spray = x3

09h 1/2 buffée matin, 1/2 buffée soir (3 pose)

(9) 161,80 Tizra = (x4) 1g

50,00 le soir & est 10min

GTIN 1890117253455
LOT BA030301
EXP 06/2024
S/N 45005258409152

PPV: 161 DH 80

99326951

PPV: 50 DH 00

(10) Penolizer (x1) dispositif

1495,80

- RDV ct =
- RDV ds =

10/08/2023
04/07/2023

DR. PATIMA ZAHRA MAHBOUB
Pneumologue
212 TAIBA
Kuwait