

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.



Déclaration de Maladie

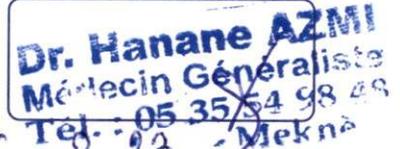
N° P19- 054430

Maladie Dentaire Optique Autres

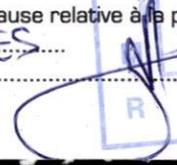
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2610 Société : 169026
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : AZMI EL MOSTAFA
 Date de naissance : 23-12-57
 Adresse : 13 Residence ARTEMIS 2^e étage APP: 4
 YACOB EL Mansour V.N. MEKNES
 Tél : 0663072895 Total des frais engagés : 478,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 29/06/2023
 Nom et prénom du malade : Azmi El Mostafa Age: 23.12.57
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Bancrile / Embolie
 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 : MEKNES Le : 06/07/23
 Signature de l'adhérent(e) : 

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.

RELEVÉ 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
29-06-23			150 24	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/6/23	328,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

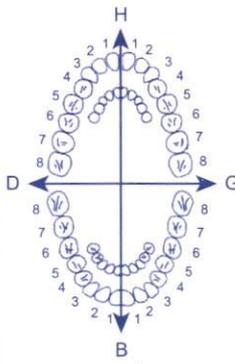
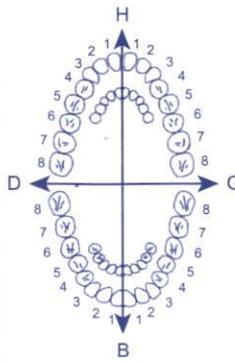
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canauxaires, 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"/>																	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
		<table border="1"> <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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																			
		25533412	21433552																		
00000000		00000000																			
D																					
00000000		00000000																			
35533411		11433553																			
B																					
G																					
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur HANANE AZMI

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Ex. Médecin interne à l'Hôpital Idrissi - Kénitra

Diplôme Universitaire Gynécologie Infertilité de Suivre Grossesse - Universitaire de Bordeaux

Médecine générale - Echographie
Electrocardiogramme

Médecin autorisée à la visite médicale pour l'obtention du permis de conduire

الدكتورة حنان عزمي

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
تدخلت سابقا بمستشفى الإدريسي القنيطرة

النساء
معدة بوردو
بالصدى

عص الطبي
بإقامة

PPV: 14DH00
PER: 10/25
LOT: L3549

PPV: 14DH00
PER: 01/26
LOT: M256

29-6-23

Azmi EE Mostafa.

96.00
كبريتات

87.00
Biovit

69.00
Dopax

21.00
Febre

14.00 x 2 = 28
Poliprene

27.50
Diplo



PPV: 96DH00
PER: 06/24
LOT: L1070-1

LOT M0811
PER: 07/2024
PPV: 87.00 DH

LOT: 220911
DLUD: 12/2025
69.00 DH

PHARMED LOT 3566
UT.AV: 10-25
PPV: 21DH00

طحي الرياض، ويسلان، مكناس (فوق صيدلية رياض الصحة)

N° 56 Boulevard Al Massira, Cité Riad, Ouislane, Meknès (Au dessus de)

Tél : 05 35 54 98 48

328,50

27,50