

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.

M22- 0024763

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 873

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Sihem BARGACH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/08/2023

Nom et prénom du malade : Sihem Bargach Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : + Sd Grippal +

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
23/08/23	#CSF gratuite			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie VILLE D'ALGER Av. Mohamed VI, Hay AL Andalous N°7 - TEMARA Tél: 05 37 64 12 18	05/08/23	391,80

102088366

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 MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B	DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE [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
--	---



Pharmacie Vieux marocain,
Av. Mohamed VI, Hay AL Andalous
N°7 TEMARA
Tél: 05 37 64 12 18

Rabat, le 05/07/2023

Docteur

Siham Bangach Total : 391,80

1) Augmentin 1g 138,20

1 cp 3x 1j pdt 7j

2) Doliprane 1g 14,00

1 cp / 6 heures si douleur

3) vita C 15,30

1 cp 2x 1j

4) Solupred 20 mg 48,7

3cp / j matin pdt 5j

5) Birodogyl 102,00

1 cp 2x 1j pdt 7j

6) Naronez 50,10

1app 4x 1j

7) Hinex

1cp 2x 1j 23,50



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 11/2025
LOT 2D0321

PPV: 14DH00
PER: 12/25
LOT: L3739



PPU: 168,20 DH
LOT: 650129
PER: 07/24



02 2025
W008677

EXP

Lot

BIRDOOGYL
CP PEL 815
P.P.V : 102DH00
LOT: 22E002V
PER: 12/2024



Jumia ®

Solupred® 20 mg

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
احترم المقدار الموصى به

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste 1)
يصرف فقط بمقتضى وصفة طبية - جدول A (الائمة 1)

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâ Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70 DH



NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 40 doses
P.P.V:50,10 DH
Distribué par MSD Maroc

