

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

- Reclamation : 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 : <u>1326</u>	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <u>JAAIDANE Moha</u>	
Date de naissance :	
Adresse :	
Tél. : <u>06 63 62 9004</u> Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	<u>03</u>	/	<u>7</u> / <u>2023</u>
Nom et prénom du malade :	<u>JAAIDANE - Moha</u>		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>Diabète type 2 + Hypothyroïdie fHTRH</u>		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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
03/10/2023	C		Gratuit	<p>LYANE ZONH Centre de Référence Préfectoral Diabétologie et Maladies Chroniques SM: 06 61 51 95 66 - Oujda</p> <p>INPE: 081097362</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ESSAOURA Dr OUAJ Lmia Bvd Mohamed V/ Tel: 0536681500 INPE: 082027574	03/10/2023	60.88.00

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

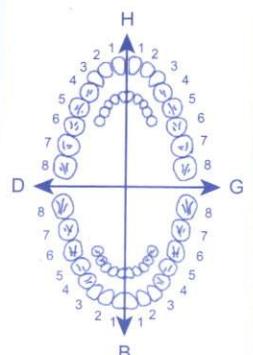
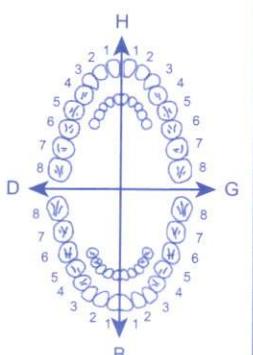
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		
	D 00000000	B 00000000		
	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

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebâa Casablanca
Aprovel 300 mg. cp b 28
P.P.V : 218,00 DH
6 118001 080908

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebâa Casablanca
Aprovel 300 mg. cp b 28
P.P.V : 218,00 DH
6 118001 080908

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebâa Casablanca
Aprovel 300 mg. cp b 28
P.P.V : 218,00 DH
6 118001 080908

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebâa Casablanca
Aprovel 300 mg. cp b 28
P.P.V : 218,00 DH
6 118001 080908

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebâa Casablanca
Aprovel 300 mg. cp b 28
P.P.V : 218,00 DH
6 118001 080908

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebâa Casablanca
Aprovel 300 mg. cp b 28
P.P.V : 218,00 DH
6 118001 080908

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebâa Casablanca
Aprovel 300 mg. cp b 28
P.P.V : 218,00 DH
6 118001 080908

Januvia® 100 mg
therapéutique
P.P.V: 393,00 DH.
Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 121/14/DMP/21/NRQ

Januvia® 100 mg

P.P.V: 393,00 DH.
Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 121/14/DMP/21/NRQ

Januvia® 100 mg

P.P.V: 393,00 DH.
Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 121/14/DMP/21/NRQ

Januvia® 100 mg

P.P.V: 393,00 DH.
Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 121/14/DMP/21/NRQ

Januvia® 100 mg

comprimés pelliculés

P.P.V: 393,00 DH.
Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 121/14/DMP/21/NRQ

Januvia® 100 mg

comprimés pelliculés

P.P.V: 393,00 DH.
Distribué par MSD MAROC.

Januvia® 100 mg

comprimés pelliculés

P.P.V: 393,00 DH.

غلوكوناج® 500
قرص مغلف
كالورهيدرات الميتفو، مص.

20,80

20,80

20,80

20,80

20,80

20,80

20,80

20,80

20,80

20,80

20,80

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

غلوكوناج® 500
قرص مغلف
كالورهيدرات الميتفورمدين
عن طريق الفم
50 قرص مغلف

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
DELEGATION PREFECTORALE
D'OUJDA/ANGADS
CENTRE DE REFERENCE
PREFECTORAL DE
DIABETOLOGIE ET MALADIES
CHRONIQUES



المملكة المغربية
وزارة الصحة
مندوبيّة عمالّة وجدة/أنجاد
مركز التوجيه الإقليمي
لداء السكري والأمراض
المزمنة

* * * * *

603/4/2023

ORDONNANCE



UDI

(01) 04015630068272

Dr. LYANE ZOHIR
Centre de Référence Préfectoral
Diabétologie et Maladies Chroniques
GSM : 06 61 51 96 66 - Oujda

T-6088.00

