

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10523 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HAKI Di Abdellka Rim

Date de naissance : 11/11/61

Adresse : H 182 lot EG WAFADER BOA Berrakid

Tél. : 0677622394 Total des frais engagés : 150+ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/09/2023
Nom et prénom du malade : El Haki Di Abdellka Rim Age : 62
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : Diabète T2
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
20/09/23	C		150 dh	INPE 061042289

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAYESSALAM Béja - BERRECHID Tél: 06 23 97 07 74 INPE: 062069174	20/09/23	521,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	MONTANTS DES SOINS

	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
	DATE DU DEVIS	

	MONTANTS DES SOINS	
	DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Deroua, le

20/09/23

الدروة، في

Hafidie Abdelkarim
23,20,42
15,14,0

1 - Diamicron G

1 cp mati

Rep

AS

28,00 x 13
2364.00

Glucophage 1000

5

1 cp x 21 j

traitement de 3 mois

521.40

PHARMACIE HAFIDIE
Lot El Wahda II - 1er Etage
Deroua - Tél.: 05 22 53 20 70

DR. CHOUAIKH AFAF
Médecine Générale

6118000087333

6118001130153

28,00

1118000081333

LOT 230752
EXP 05/2026
PPV 28.00DH

28,00

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés

PPV 28.00DH
EXP 12/2025
LOT 221670

28,00

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés

28,00

6118000081333

28,00

LOT 221668
EXP 12/2025
PPV 28.00DH

LOT 230005
EXP 01/2026
PPV 28.00DH

G 9

LOT 230005
EXP 01/2026
PPV 28.00DH

LOT 230752
EXP 05/2026
PPV 28.00DH

60 comprimés
SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60mg

LOT 230005
EXP 01/2026
PPV 28.00DH

SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60mg
60 comprimés

28,00