

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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 : 06402 Société : RAM

Actif **Pensionné(e)** **Autre :** AKERZOUAL DRISS 180968

Nom & Prénom : AKERZOUAL DRISS

Date de naissance : 09 02 1965

Adresse :

Tél. : 06 73 72 54 31 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

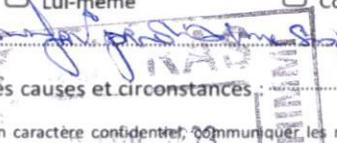
Cadre réservé au Médecin

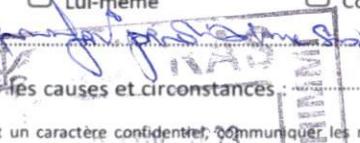
Cachet du médecin : 

Date de consultation : 04/01/23

Nom et prénom du malade : DRISS AKERZOUAL Age : 58

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

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. 09/01/23

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 : NOUADIR ACCUEIL Le : 09/01/23

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
00/00/00	CS	G	INP : 0344113300	
00/00/00	CS	G		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMAGIE ELFAIZ 50 Lot Khadidja 2 Derouet Tel: 052515369 INPE: 062071030	02/11/18	395,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

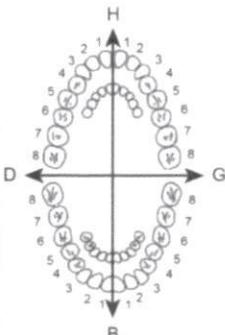
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

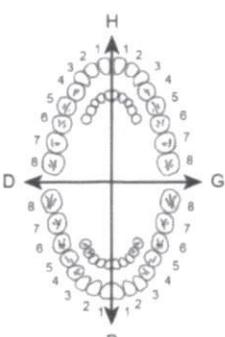
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D 00000000	G 00000000
35533411	11433553
B	

[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

DEBUT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



ORDONNANCE



2300272738 / 231030081559W.

Prénom : Moncef

Nom : AKERZOUL

DDN : 02/01/2018 E: 30/10/2023

Service : HOSPITAL PEDIATRIQUE (NA)

MUPRAS
Sexe: M

Bouskoura, le : 02/10/23

79,90 x 3

75

Amagant 100 mg

49,8

75

Dans 23). Inj

90,05

75

100 mg i.v. 100 mg

15,3) Soin main pulmo nasale

100 mg i.v. 100 mg

75

Signer

75

75

75

x = 395130

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. ASSISTANT ARRAB Raja

3325

AUGMENTIN
500mg/62,50mg
12 sachets



6 118000 160243

RESPECTER LES DOSES PRESCRITE

PPV: 79,90 DH
LOT: 652424
PER: 04/25



AUGMENTIN
500mg/62,50mg
12 sachets



6 118000 160243

PHARMACIE

PPV: 79,90 DH
LOT: 652141
PER: 02/25



AUGMENTIN
500mg/62,50mg
12 sachets



6 118000 160243

PHARMACIE

PPV: 79,90 DH
LOT: 652141
PER: 02/25



1580
PPV 15 DH 80
PER 05/26
LOT M1867

Doliprane 500 mg
Paracétamol

16 comprimés effervescents

Conser



6 118000 040354

AMM N° 744/15 DMD/21/09/06

Sinomarin nose-care
mini spray 30 ml
prix conseillé :
90.00 dh

Additional information label
See enclosed information leaflet
Suisse

FRA

ESP

DEU

ITA

PT

GBR

NL

NO

SVK

SLV

Additional information label
See enclosed information leaflet
Suisse