

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- 0014605

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 463 Société : A 84 682

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HALoui LATIFA ve HEMMI Bd El Kade

Date de naissance : 72 ans

Adresse : Azharia 87 Rue 75 N° 46 El Oulfa casa

Tél. : 0664772325 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24 / 11 / 2023

Nom et prénom du malade : HALoui LATIFA ve HEMMI

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection R. Rachelle, palmaire.

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 27/11/2023

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) : [Signature]

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
24/11/2023	C	1	18.60	Mr. FAIZA DAFQUA Médecin Chef CS Moulay Hassan Alfa Téléphone : 091220822

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
S PHARMACIE SA	24.11.2023	18.60

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 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

le 24/07/2023

PHARMACEUTIQUE SAARL AU
TÉL: 0524 84 02291 02291 16 54
SARL AUF PHARMAZIE SAARL

3 Mr/Mme LATIFA

1) Bonifix ep 150mg (N°2)

1 cp / serre

2) Cicloviral Crème (N°2)

1 appx 21

3) Doliprane ep 500 (N°2)

10.30 x 3 1/0

4) prospan susp

20.50 1 cu x 2

5) vit D3 B.ON 200 000 U.I.

2,650 1 AB / serre

6) vitamine E 1g

118.20 1 cp 1/5

Lot N° :	0204436
Fab :	06/2022
Per :	06/2025
PPV (Dhs) :	99,40

Lot N° :	0205282
Fab :	09/2022
Per :	09/2025
PPV (Dhs) :	99,40

Lot N° :	0205281
Fab :	09/2022
Per :	09/2025
PPV (Dhs) :	99,40



AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR

6 118 001 127 2228
PPV: 20,90 DH

VITAMINE C 1g
Boite de 20 comprimes effervescents

P.P.V.: 26,50 DH

6 118 000 190 936



PPV:10DH30
PER:10/25
LOT:L3387

PPV:10DH30
PER:04/26
LOT:M1367

PPV:10DH30
PER:32/24
LOT:K3525