

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

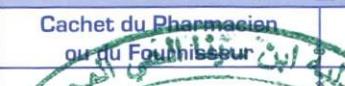
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>3100</u>	Société : <u>LAGMOUI DAOUIA</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>LAGMOUI DAOUIA</u>		
Date de naissance :		
Adresse : <u>EL ALLOU MERIEM BLOC 8 N° 16 CH 87</u>		
Tél. : <u>06 58 87 25</u>	Total des frais engagés :	<u>217980</u> Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	<u>8/11/2023</u>	Age :	<u>50</u>
Nom et prénom du malade	<u>LAGMOUI DAOUIA</u>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>HTA - cancer rectal</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 : <u>10 DEC. 2023</u>		
Signature de l'adhérent(e) :			



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/11/23	2179,30
		INP: 092033034

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



Le : 8 - 11 - 23

C. N. Oui

Da ouïa.

ORDONNANCE

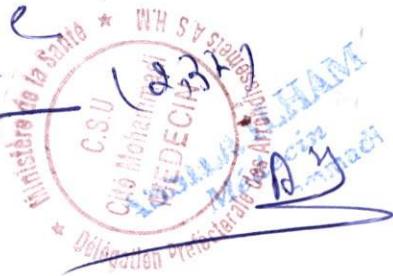
269,00 X 3 INP: 092033034
1) Couverm 10/5-

350,00 X 3 1cp/j (3Bx)
2) Ravaban 1f-j

27,70 X 3 1cp/j (2Bx)
3) Cardioaspine

49,60 x 2 1cp amdej = (3Bx)
4) D. cure forte

149,00 lamp/j F
= 2179,50 oeds 20 f.
1geli/j



PPV: 140,00 DH
PER: 04-2024
LOT: 211147



PPV (DH):

LOT N°:

UT.AV.:



502376b

35,00

35,00

35,00

269,00



Bayer S.A.

P.P.V. : 27,70 DH

Acide acétylsalicylique

Cardiospirine 100 mg/30cpls

Cardiospirine 100 mg/30cpls
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



Bayer S.A.

P.P.V. : 27,70 DH

Acide acétylsalicylique

Cardiospirine 100 mg/30cpls

269,00

269,00