

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.

N° W21-805455

198997

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12511	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MAACH SAIF EDDINE			
Date de naissance : 28/09/1986			
Adresse : RUE MELINA RESIDENCE DU PARC			
Tél. : 0661146698			
Total des frais engagés : 753,50 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 05/03/2019	
Nom et prénom du malade : MAACH SAIF EDDINE	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Comptoir	
Nature de la maladie : <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Enfant	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <input type="checkbox"/> ACCUEIL	
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 : MOHAMMED BEN

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/03/2019

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
03/03/24	9	9	INP : 091116490	<i>RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES</i> Dr. MOHAMMED SARKI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'AVENUE SARKI MOHAMMED Angle Boulevard Mohammed VI et Rue Ridha Ben Ali - Mohammedia Tél : 06 23 35 95 93	05/03/24	503,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP :
				INP : _____
				Coefficient des travaux : _____
				Montants des soins : _____
				Début d'exécution : _____
				Fin d'exécution : _____

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	B
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	
Montants des soins : _____	
Date du devis : _____	
Date de l'exécution : _____	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

15, Avenue des F.A.
1er étage App. N° 4 - Moha
Tél. : C. : 05 23 31 00
Urgence : 06 63 44 33

A standard linear barcode is located in the top right corner of the page. It consists of vertical black bars of varying widths on a white background. To the right of the barcode, there is a small, colorful, vertical prism-like reflection.

8 032578 479267

Sterogyl® 15 "H"
600 000 UI/1,5 ml
Ergocalciférol
(vitamine D2)

1 ampoule de 1,5 ml

Lot: 230792
**À consommer
avant le:** 09/2026
PPC: 79.50 DH

Mohammedia, le

05 03.

المحمدية، في:

MAACEY.

Joe

41. Hexaking. 111. 1d. 

13.00

21.

8 kerogyle 450

79, 50

37

503,50

Dr. SEDIRIA Mohamed
Rédactrice en chef
15, Av des FAR
BP 147
Mohammédia
Tél: 0523310600
Fax: 0523310600
E-mail: drsediria@yahoo.fr

KAPPHARMACIE DE L'AVENUE
KAPPHARMACIE DE L'AVENUE
Angle Boulevard Mohammed
et Rue Rifi - Mohammed
TEL : 05 29 99 05 00