

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ons générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

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.

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.

Biologie 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.

Nº P19- 066752

N° D 34843

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3189

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Idriss Abkar

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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.

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-066752

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



FEUILLE DE SOIN N° **DATE DE DEPOT**

1

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

NOM & Prénom : Ibrahim Téléphone : _____ Signature de : _____

Fonction Matricule **3189** Mail

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

NOM & Prénom du patient : Draffy Thorell Age : 1 Date de la première visite : 1

Nature de la maladie. Adhérent Conjoint Enfant

H.T.A.

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

RELEVE DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN

| Dates des actes | Nature des actes | Nombre de Coefficient | Montant détaillé des Honoraires |
|-----------------|--------------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| 16/06/2022 | Constituer une personne morale | C | 150,00 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Formulateur | Dates | Montant de la facture |
|--|-----------------------|-----------------------|
| DR. 1820741 | 000086 Dates 11-612-2 | 784,10 DH |

ANALYSES : RADIOGRAPHIES

| ICE! | Dates | Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Monnaies |
|--|-------|------------------------------|-------------------------------|
| | | | |
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Dates | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|--|-------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

SOINS ET PROTHÉSES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VOLE ADHERENT

| | | | |
|--|---------------|----------------|--|
| NOM du Patient : | | DECLARATION N° | W |
| | | | |
| MATRICULE N° | Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes |
| | | | |
| Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle | | | Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois |

**Cachet
MUPRAS**

Dr. Abdelaziz BENHMI

الدكتور عبد العزيز بنحميد

Médecine Générale

Échographie

Du De Diabétologie à L'université Paris 13

Ancien Médecin chef au ministère de la santé

Ancien Médecin du groupe OCP

Sidi Ifni , Le : 16



Nom et Prénom :

317 - Kar dpm 16
 107 - Al doc h 18
 - Al doc h 18
 - Cm dca 612
 441 - 181
 132 - Ro r m s 181
 114 - 181
 147 - 181
 - vch h - 181
 181 - 181
 RDV Le : 181

الطب العام

الفحص بالصدى

أمراض السكري خريج جامعة باريس 13

طبيب رئيس سابق بوزارة الصحة

طبيب سابق بالجمع الشريف للفوسفاط

| | |
|-------------------------------|----------------|
| KARDEGIC 160MG SACHETS B30 | O |
| LOT : 20E012 | P.P.V : 35DH70 |
| PER.: 10/2021 | |
| 6 118001 081189 | |
| KARDEGIC 160MG SACHETS B30 | O |
| LOT : 20E012 | P.P.V : 35DH70 |
| PER.: 10/2021 | |
| 6 118001 081189 | |

Pharmacie EL OUAFI
 Dr.Driss BENHAMMED
 Tel: 05 28 87 59 96
 N. CAIRI Sidi Ifni
 INF: 042 4161
 CE: 00 13126 000066

Dr. Abdelaziz BENHMI
 Médecine Générale
 Sidi Ifni 05 28 87 59 96

CARDIX® 6,25

Carvédilol

LOT : 149

PER : JAN 2023

PPV : 44 DH 00

28 Comprimés



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

CARDIX® 6,25

Carvédilol

LOT : 149

PER : JAN 2023

PPV : 44 DH 00

28 Comprimés



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

CARDIX® 6,25

Carvédilol

LOT : 149

PER : JAN 2023

PPV : 44 DH 00

28 Comprimés



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

SUN
PHARMA



Rosuvastatine

Rosuvastas[®] SUN



30 Comprimés pelliculés
Voie orale

10 mg

Lot n°:

EXP:

PPV: 157 DH 80

SUN
PHARMA



Rosuvastatine

Rosuvastas[®] SUN



30 Comprimés pelliculés
Voie orale

10 mg

Lot n°:

EXP:

PPV: 157 DH 80



Rosuvastatine

Rosuvastas[®] SUN



30 Comprimés pelliculés
Voie orale

10 mg

Lot n°:

EXP:

PPV: 157 DH 80

VENOXYL

GEL

LABORATOIRES



CARILENE

V 62 11 22 RL
LOT _____ PER _____

Prix
~~75,00~~ 75,00