

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.



Declaration de Maladie

N° W19-554365

ND 39936

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9416

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JGHIOUER

Hi CHAM

Date de naissance :

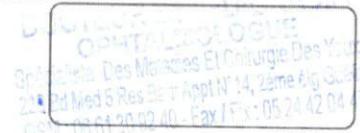
Adresse :

Tél. : 0661976122

Total des frais engagés : 512,40 DA

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : JGHIOUER Hi CHAM

Age: 47

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

AFFECTION Oculaire 14 SEP. 2020

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'attende de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : MARAKKECH

Le : 21/10/2020

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
21/7/10		Ca	300	INP : 071178643 Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: center;">  6, Bd. Mohammed V - Marrakech Tél.: 05 24 43 01 58 </p>	21 JUIN 2009	212,45

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

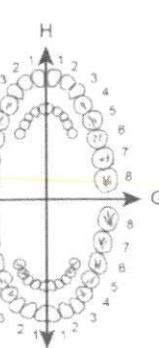
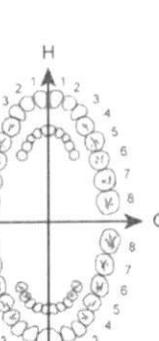
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan d

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



ORDONNANCE

Marrakech le : 25/12/20..... مراكش شباب 25/12/20.....

Azuter 15 mg/g ☒
Collyre, 8/6 récipients unidoses

PPV : 76,20 DH

118001 101801

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca

Pharmacien responsable : Amina DIAOUDI

Iphrine Hida

Sté Pharmacie Centrale SARL
66, Bd Mohammed V - Marrakech
Tél. : 05 24 43 01 58
Voir Verso

1) Azut collyre

76,20 18/12/15 (2135)

4 fiole gelore

37,20 Napp x 15 flas

9 phlo

99,00 1 flaq x 25

TTC : 212,40 DHS

Livrière de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
Quartier Arsalane-Rue Amyot Inv 10
BP 10877 CASABLANCA-MAROC
Fucithalmic® 1% gel ophtalmique
Tube de 3 g
AMM N°184
DMP/21/NRQ
PPV : 37 DH 20 6/118001/200818

HER MEDIC
PPC
99.00 DHS

...PH.CENTRALE GUELIZ...

HAIZOUN TARIK
166 AV.MOHAMED V
Tel :0524430158 MARRAKECH

21/07/2020 12:34

1 AZYTER COLLYRE	76.20
1 FUCITHALMIC 1% 3 G GEL OPHTA	37.20
1 PHYLARM 16 UNIDOSES	99.00
TVA	23.92
TOTAL :	212.40