

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.

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.

Éducation :

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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 064266

ND: 59412

Optique

Autres

Dr EL KAFI Squad

Diabétologue

S/ce Diabéto - Endocrinologie

Santé Public - El Jadida

Halima

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0256402

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : Zineb Kheir

Date de naissance : 23.06.1968

Adresse : LOTEL NEDAD

Tél. : 0670960728

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr EL KAFI Squad
Diabétologue
S/ce Diabéto - Endocrinologie
Santé Public - El Jadida

Centre de Diabète et Traitement du Diabète

DELEGUE

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/11/2012

Nom et prénom du malade : Zineb Kheir Halima

Age: 52 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : TRA

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le 11/11/2012

Signature : Dr EL KAFI Squad

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA PLEIADE <u>Dr. Saïd SAGUAB</u> <u>Bd. U. N° 1 Ldt. Al Firdaus</u> <u>Hay AL MATAR EL JADIDA</u> <u>Tél: 05 23 35 53 64</u>	<u>9/11/20</u>	<u>507,40</u>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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'ostéodensitométrie.

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			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	
	D	35533411	G	
	B	11433553		
				Coefficient DES TRAVAUX
				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'EXECUTION



السلطة المغربية
وزارة الصحة
جهة الدار البيضاء سطات
المندوبية الإقليمية بالجديدة

ORDONNANCE

Le : 9/11/2020

NOM : Zinelhleïn Halima

1. ZITHROMAX 500 (ou équivalent)

1 cp le premier jour

½ cp pendant 7 jours

2. VITAMINE C 1g

1 cp *2 par jour pendant 10 jours

3. ZINC

50 mg par jour

4. D CURE FORTE 10.000

1 ampoule / 15 jours

5. CARDIOASPIRINE

1 cp à midi

6. EKINAX gélule

½ gél *3 par jour

PHARMACIE LA PLEIADE
Dr. Said SAOUAB
Bd. U: N° 1 LOT AL JADIDA
Hay AL MATAREL 35 53 6c
Tél: 05 23 35 53 6c

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E27
EXP: 05/2021

58,40 7. Salupred 20 mg

3 CP/15 MINISTERE DE LA SANTE KAFI Souad
DELEGATION EPIDEMIOLOGIQUE ET ENDOCRINOLOGIQUE
Centre de Dépistage et Traitement du Diabète
Sante Publique El Jadida

