

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Nº P19- 060299

ME 21254

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5306

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENZAHRA HALIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 66 49 12 29 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) :

 ACCUEIL

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
					Montant des soins
					Début d'exécution
					Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux
		H		
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G	
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			

VOLET ADHERENT	NOM :	Mie
DECLARATION N°	W18-139123	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mie 5306

Nom & Prénom BEN ZAHRA Halima

Fonction RETRAITEE Phone 0666491229

Mail

MEDECIN

Prénom du patient BEN ZAHRA Halima

Adhérent Conjoint Enfant Age Date 23/01/2020

Nature de la maladie Date 1ère visite

Sd. Sifni + Augs + Loutalfe -

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
	-	150 DH

PHARMACIE

Date 23/01/12

Montant de la facture

625,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Dr. Bouchra SEKKAT

Médecine Générale

Diplômée en Echographie

& Infection Sexuellement Transmissible - SIDA

Diplômée en Coloscopie & Gynécologie médicale

rces Armées Royales

Distribué sous licence
par LAPROPHAN
21, rue des Oudaya
CASABLANCA - Maroc

PPV:

60DH10

Casablanca, le :

د. بشرى السقاط
الطبي العام

اختصاصية في الفحص بالصدى (التلفزة)

والأمراض التالسلية - سيدا

اختصاصية في التقطير المهبلي وأمراض النساء

طبيبة سابقة بالقوات المسلحة الملكية

POEN ZAHRA HALIMA

AS

55,00

① Amoxil 1g

1sp x 2

68,50

② Colipred 10

3sp x 10

20,00 x 2

③ Fehex

1 sachet x 8

60,10

④ Paxilase 300

1sp x 3

106,50

⑤ EPyre A 500

1sp 15

28,80

⑥ vitanenil 10j

1sp x 3

87,00

⑦ Relexin 300

1 gel le soir x 3

625,90

⑧ gel le soir x 3

Casablanca
Rue Sidi Maârouf
Pharmacie BARTAL
Maison BARTAL
Rue Sidi Maârouf
Casablanca
Tél. : 0522 2522 09

PHARMED
LOT : 5824
UT.AV : 05-21
PPV : 20DH00

PPV:48DH50
PER:09-22
LOT:12165

PPV:55,00 DH
LOT:619192
PER:01/21

PPV
LOT
PER

28,80

PHARMED
LOT:2940
UT.AV:05-22
PPV:21DH00

LOT:190213
DLUG:05/2022
87,00DH