

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 AID et AIC :

- 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 de données à caractère personnel.



Déclaration de Mala

Nº W19-468678

(SL933)

Optique

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule :	09736	Société :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ELHAROUCHI SOUAD		
Date de naissance :	13-10-1969	
Adresse :		
Tél. :	06 69 28 49 42 Total des frais engagés	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :	  	
Date de consultation :	02/11/2020	
Nom et prénom du malade :	El Hadj Ali Soudad	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Soi-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Rhum	
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 médecin conseil de la Mutuelle.		

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

Fait à :.....

Signature de l'adhérent(e) :

Le : /

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
02/11/2023		6	gratuit	INP : 071057313 Dr. OUSSALEM. En CIVI SAHIBI

EXECUTION DES ORDONNANCES

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 soin

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553		<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

02/11/2020

El Halcón y
el Sol



Ordonnance

Ordonnance

B570

1) Topical 1/3
45,60 mg à SA 3

2) D-cine forte
40,90 mg par jour tout les 3 semaines

3) Zimaskin

15,30 mg par jour

4) vita cloo 0,00

Thérapie 1/4 h



 MINISTÈRE DE LA SANITÉ
 CENTRE DE MÉDECINE DES HOSSES
 CENTRE AZTHRALI
 Service de la Culture et des Musées
 Direction régionale de l'Aménagement du territoire et du Développement durable

RC: 245509 - Tél: 05 22 25 49 25
 FAX: 05 22 25 49 04
 FEARMACIE DES STADES 2010
 SO, Rue Alfred Casablanca
 65100 RODEZ

IF: 404350042
 FE: 35873067



PTADMACO DES SALES 2010
50, Rue Al Faït - Casablanca
Tél : 05 22 25 49 25
RC : 245509 - Pte. : 35873007
IF : 4043 542

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 07/2023
LOT 06077 14

ZINASKIN®

PPV 40DH90 EXP 10/2023
LOT 00056 28

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E25
EXP: 05/2023

TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML 
PER 05
LOT: 20E040
05/2022

P.P.V: 15DH70

6 1180000 060901