

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-654016

91761



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 611

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Hoss Abdessamad

Date de naissance : 1-1-1969

Adresse : H61 Elctissement waf Deraa

Tél. : 06 61 15 32 18

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

Conjugal

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

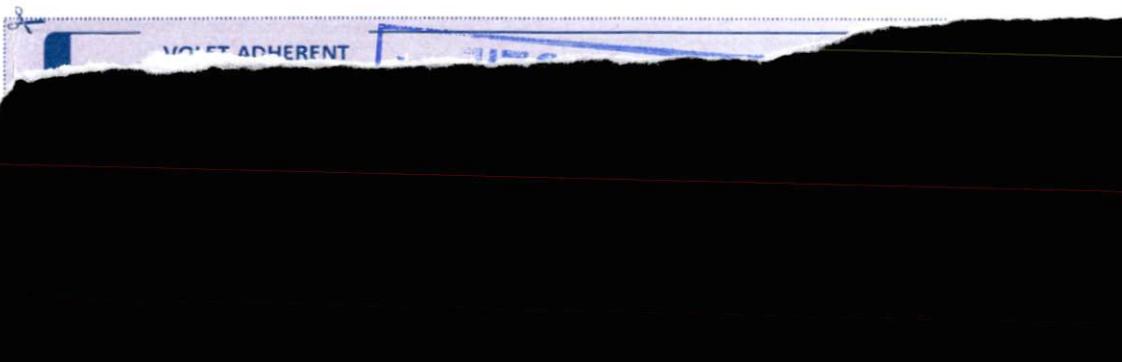
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.

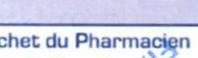
Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
15 Sept 2021		8	250.00 Dh	INP : 0610011353 Andrahem BOUAFIA Infirmière Ibn Khaldoun 022 32 87 82

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/02/2014	326.8,-

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

Berrechid, le.....

برشيد في

Ghalia

latifa

15 Sept 2021



* 061011375*

3 X 15/1000 mg - - - - -
3 X 15/1000 mg - - - - -
3 X 15/1000 mg - - - - -
3 X 15/1000 mg - - - - -

3 X 15/1000 mg - - - - -
3 X 15/1000 mg - - - - -

2 X 15/1000 mg - - - - -
2 X 15/1000 mg - - - - -

2 X 15/1000 mg - - - - -
2 X 15/1000 mg - - - - -

2 X 15/1000 mg - - - - -
2 X 15/1000 mg - - - - -

15

15

15

3268,00

Dr. Abderrahim Bokhamy
SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE
ET MALADIES METABOLIQUES
INSTITUT 061011375
BERRECHID

شارع علال بن عبد الله - إقامة ابن خلدون - الباب رقم 4 (قرب القيسارية) - برشيد

هاتف العيادة : 0666 352 05 22 328 787 - المحمول :

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés
PPV: 550 DH 00
BOTTU S.A

6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés
PPV: 550 DH 00
BOTTU S.A

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40
6 118000 060031

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40
6 118000 060031

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40
6 118000 060031

mprimés dosés à 500 mg
PPV 19,50 DH
LOT C404 PER 04/24

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés
PPV: 550 DH 00
BOTTU S.A

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40
6 118000 060031