

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

- 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 des données à caractère personnel.

N° W21-664102

94547

Médipanet
optique
l'Advent

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1673

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

YAHIA

SAAMIA

Date de naissance :

01/01/50

Adresse :

DALIA 2 Imm E Appt 5 Amoudiha RAK

Tél. :

06 18 94 79 46

Total des frais engagés :

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

/

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

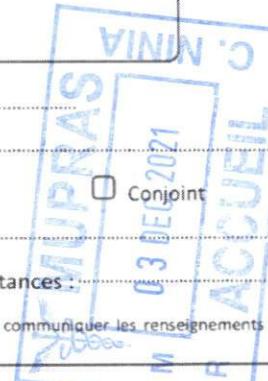
Conjoint

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) :

(Signature)

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ILLI MADDAOUI Dany et Ben Youssef Drakech #	03/01/2024	1475,20

~~ANALYSES - RADIOGRAPHIES~~

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

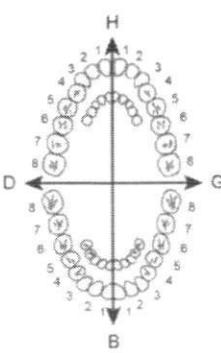
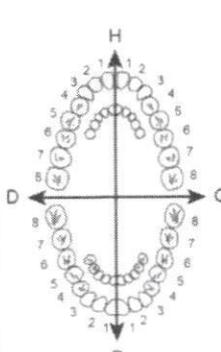
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DEBUT D'EXÉCUTION												
				<input type="text"/> FIN D'EXÉCUTION												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433562</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433562	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433562														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION												

Dr. El Hassane RAHOUA

NEURO PSYCHIATRE

Ancien Directeur de l'hôpital Ibn Nafis
de Marrakech

TEMESTA 2,5MG

CP SEC B30

PER.:04 2023
LOT: P.P.V : 29DH50

6 118000 011576

الدكتور الدسر

اختصاصي في الأمراض النفسية

مدير مستشفى ابن النفيس

مراكش سابقا

LOT: KA11231
PER: MAR 2023
PPV: 120 DH 10

Marrakech, le 03 NOV 2021

مراكش، في

(ACOSO747)

YAMID Saadia

TEMESTA 2,5MG

CP SEC B30

P.P.V : 29DH50

6 118000 011576

LOT: KA11231
PER: MAR 2023
PPV: 120 DH 11

192/10 10) Scépralex 20mg 097
X4 1cp/soir.

120,10X4 20) Vendex XR 150: 097
0 - 0 - 52

29/0X6 30) Temesta 2,5 cp: 097
1/2 - 52

40) Madopan 250: 097
1/2 - 1/2 - 1/2

24/70x2 50) Taraxet 25 mg: 097
0 - 0 -

17/1475 20) 04 C quatuor mois: 097
03 03 2022 a 94

Durée de Traitement : 04 C quatuor mois

R D V Le :

Dr
Bd. Allal -
3ème Etage, en face
Marrakech - Tél : 05

شارع علال الفاسي، إقامة جوهرة رقم 26 الطابق الثالث أمام مسجد الأنوار - مراكش - الهاتف : 06 23 08 22 01 / 05 24 31 17 78

BD. Allal Fassi Résidence Jaouhara N° 26 3ème Etage en face de la Mosquée Al Anouar - Marrakech - Tél. : 05 24 31 17 78 - GSM : 06 23 08 22 01

192,10

192,10

192,10

192,10