

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° W21-716952

119608



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1042	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AIT MERIM Brahim			
Date de naissance : 01/01/1949			
Adresse : Halituelle			
Tél. : 0689629854		Total des frais engagés : 327,60 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : PATINO ZARRIT Age: 1950	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : gasfoite	
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 : Aououz

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/06/2022

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
11/06/22	C	130 DZ	130 DZ	INP : 041 283 201 DOURI Dr. AOUZOU Hassan II Aoulouz Médecine Générale Av. Hassan II Aoulouz 06 22 45 20 50

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
PHARMACIE DE L'HOPITAL Dr. LOTFI Abdelfattah N° 02, Bd. Hassan II - AOULOUZ Province TAROUDANT Tél : 05 28 53 93 29	11/06/22	197,60	

042031864

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	
		AM	PC	IM	IV

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000		
G	00000000	11433553		
B	35533411			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				<input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



٢٠٢٢/٦/٢٢

Aoulouz, le

11 Juin 2022

أولوز، في

Fathine Zarrif

8210

1) - Esa c dayyelh

82

6000 ₣ - - - - - 0 ₣ 148

2) - Echographie Plac

dp

2750 ₣ - - - - - 0 ₣ 28

3) - Spasf 8.0 ₣ 51

sp

4) - Dolipha 1g sp & soluble ₣ 119 (blendeh)

197,60



Dr. AYOUB EL KADDOURI
Médecine Générale
Av. Hassan II Aoulouz
06 22 45 20 50

PEPPI 20 mg
Esomeprazole
14 gélules

PROMOPHARM S.A.



6 118000 24188

101 11 0
R 06/13
V 06/13

82,10

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Enterogermina 2 milliards
susp b 10 fl 5 ml
P.P.V : 60,00 DH

6 118001 081653

Spasfon®
30 comprimés enrobés



6 118000 330226

27,50

PPV:14DH00
PER:10/24
LOT:K2748

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
10 Comprimés

6 118000 040972

PPV: 14DH00
PER: 02/25
LOT: L601

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
10 Comprimés

6 118000 040972