

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 prothèse ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALB

- La déclaration de maladie/chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : reclamation@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhession@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° W21-724177

PCY
Constat

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 267

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ASSGBANE MOHAMED

Date de naissance :

18. 11. 1933

Adresse :

AGADIR

Tél. : 0675.25.35.41

Total des frais engagés : 632,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

ASSGBANE MOHAMED Age: 88

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 : AGADIR

Le : 20.08.2022

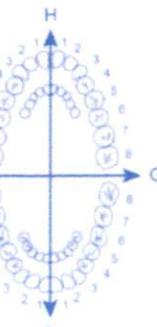
Signature de l'adhérent(e) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAHADIR  Docteur en Pharmacie N°535 El Houda Agadir Tél : 05 28 32 14 26	20/08/2022	632,50

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
					CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
D.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <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;">21433552</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;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	00000000															
G	35533411	11433553															
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	



Le 20/08/2022

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468
PER.01/2026

ALDACTONE 50MG 20 CPS
P.P.V : 56DH80
6 118001 170029
Laboratoires Pfizer S.A.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain seba Casablanca
Copaxix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH
6 118001 082018

LOT: 345
PER: NOV 2024
PPV: 80 DH 00

UT. AV. : 01 2025
P.P.V
LOT N° : 103 40
FW7215

PPV: 87DH70
PER: 03/25
LOT: L1013

ASSEBONNE Mohamed

34,60

①

Lainix 40mg 1

56,80

②

Al dactone 50mg 1

270,00

③

Copaxix 75 mg 1

40,00

④

Lampral 35mg 1

103,00

⑤

TATON 20mg 1

87,20

⑥

Prinavut 30mg 1

1 gel x 2 1

PDV ✓cls das 15 jour

632,80

Docteur AQLI EL MEHDI
Cardiologue

Imm. AMANAR Bt. Med V - INZEGANE

HÔPITAL PRIVÉ AGADIR - AVENUE OUIAROSZAB - OPERATION DÉSSAADA 9020 - MOHAMMADI - AGADIR

TÉL : +212(0) 5.28.23.23.66 / +212(0) 7.01.10.12.22 / +212(0) 5.28.20.18.18 - FAX : + 212(0) 5.28.20.18.19

EMAIL : hopitalprivedagadir@gmail.com