

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M22- 0025631

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1187 Société : R 139482

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DRIFI FATHI YA

Date de naissance : 22/12/1945

Adresse : 502, rue Georges Laca

Tél. : 06 03 81 18 93 Total des frais engagés : 5.95.600.00 Dhs

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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Als 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALFALAH Km 45 Casa-Azammour Lamharza Bir Jdid Tél. : 0661 392 612 T NPF	16/11/22	595,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a dental arch with 12 numbered teeth. The teeth are arranged in three rows: upper (1, 2, 3), lower (4, 5, 6), and lower (7, 8, 9). A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis labeled 'H' at the top, the horizontal axis labeled 'D' on the left, and the diagonal axis labeled 'G' on the right.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date : 16/11/22

ORDONNANCE

Mr Drifi Faâïza -

Humalof 100 mg S.V. 114.00 x 5
= 570.00

18 u à Jdi

16 u lesoi -

Centro 500 mg - 13.40

1 - 0 - 0

Centro 500 mg - 6.80 x 4
= 27.20

14 et 14

+ 595.60

Pharmacie ALFALAH
Km 45 Dasa-Azemmour
Laâyoune Bir Jdid
Tél. : 0661 392 612

DR. FERRAJAH Zaid
Endocrinologue Diabète et
Tutor de l'unité d'enseignement et de recherche
Résidence universitaire d'enseignement et de recherche
Tél. : 05 22 20 33 33



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

7862160335



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

7862160335



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

7862160335



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

7862160335



Levothyrox® 50 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

Humalog® MIX50 100UI/mL Kwikpen
Suspension injectable
Boîte de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°1: 27182 Bouakoura, Maroc
A.M.M. N° 349/17 DMP/21/NRQ



6 118001 071807

Humalog® MIX50 100UI/mL Kwikpen
Suspension injectable
Boîte de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°1: 27182 Bouakoura, Maroc
A.M.M. N° 349/17 DMP/21/NRQ



6 118001 071807

Humalog® MIX50 100UI/mL Kwikpen
Suspension injectable
Boîte de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°1: 27182 Bouakoura, Maroc
A.M.M. N° 349/17 DMP/21/NRQ



6 118001 071807

Humalog® MIX50 100UI/mL Kwikpen
Suspension injectable
Boîte de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°1: 27182 Bouakoura, Maroc
A.M.M. N° 349/17 DMP/21/NRQ



6 118001 071807

Humalog® MIX50 100UI/mL Kwikpen
Suspension injectable
Boîte de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°1: 27182 Bouakoura, Maroc
A.M.M. N° 349/17 DMP/21/NRQ



6 118001 071807

LOT D455069N.2

UT AV 07 2024

PPV 111.00 DH

LOT D455069N.2

UT AV 07 2024

PPV 111.00 DH

LOT D455069N.2

UT AV 07 2024

PPV 111.00 DH

LOT D455069N.2

UT AV 07 2024

PPV 111.00 DH

LOT D455069N.1

UT AV 07 2024

PPV 111.00 DH