

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12294

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MERNISSI REDA

Date de naissance : 01-01-80

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MERNISSI REDA

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté : Nature de la maladie : Syndrome Grippe

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 : Conseil

Le : 19/12/2022

Signature de l'adhérent(e) : Reda Mernissi

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
19/11/22	U	270.00		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/11/22	370.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Lot. 3657
Per.: 06 2025
BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH

LOT 031930/FC3
PER 09/2024
PPC 79.00

PPV (DH):

Lot N°:
UT. AV:

22,50

PPV: 70,60 DH
LOT: 645024
PER: 04/2022

6825 04/22
BIOCODEX MAROC PPV 67.00 DH

04/25

Casablanca, le 19/12/22

SANS CONSERVATEUR
Importateur Exclusif
BIOCODEX Maroc
www.biocodex.ma
P.P.C 94,00 DH
En cas d'exposition
aux agents exogènes

Omar MZR NISSEN

Dolipédial. f. 500 mg

S.V.

PHARMACIE EL DRABNA
BIOCIRAH AL ISLAMI
15400000 en Pharmacie
Route de Sousse 109, Km 11
Drabna - Casablanca - Maroc
Tél: 05 22 58 45.74

3h)

Dose 21

4/0

22.5 Algantil

S.V.

3jms

02h - 1 cāce

stérimer

4/0

blue

2 pulvérisat / nasale x 3/j
(3j).

- Hivernex

S.V.

79.

2 cāce

3/j

(5mrs).

67.

ultralavure

S.V.

20. 29

1 sachet

2/j

(5mrs).

S.V.

10. 6

Otepax

3/j

(2)

Dr. Zineb LARBI PEDIATRE

Val Fleur Val Fleur

Tel: 05 25 15 34

- Augmentin enfant

3/j

(3)

10, intersection des Rues des Racines et Prosper Mérimée, Résidence Abraj Val fleuri, Apt N°4 - RDC, Val fleuri, Casablanca