

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

161617

Maladie

1127

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1127 Société : R

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DRIFI FATIMA

Date de naissance : 22/12/1985

Adresse : 502, rue oulmania casabda

Tél. : 06 933 11 983 Total des frais engagés : 3636 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 : Le : 21/05/2023

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 AL HABIB Sidi Kacem Tel: 05 22 96 93 87	19/08/23	3636,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	Coefficient des travaux
D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	
B				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE AL MARKAZ ASSIHI



Facture N° : 32 /2023

Nom du patient : DRIFI Fatima.

TABLEAU DES MEDICAMENTS

Sidi Rahal le : 19/05/23.



UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031726

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031726

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031726

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031726

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031726

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031726

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031726

CARDIOFLEX® 100 mg
Boite de 30 Comprimés Pelliculés



6 118000 360339

CARDIOFLEX® 100 mg
Boite de 30 Comprimés Pelliculés



6 118000 360339

CARDIOFLEX® 100 mg
Boite de 30 Comprimés Pelliculés



6 118000 360339

CARDIOFLEX® 100 mg
Boite de 30 Comprimés Pelliculés



6 118000 360339

23,50

28,60

23,60

23,60

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
LASILIX SPECIAL 600MG
B30 CP
PPV : 302,00 DH



6 118001 082001