

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 renseignée au moins tous les 6 mois.

Maladie

Dentaire

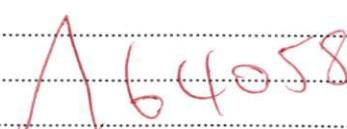
Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3053 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

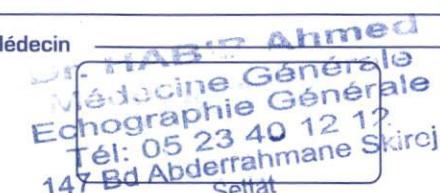
Nom & Prénom : Monstafa Bellakout 

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

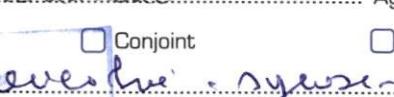
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Salma Bellakout Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : hypertension 

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.

Je déclare la vérité et l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare également la conformité de ces renseignements avec la loi n° 09-08 relative à la protection des données personnelles.

Le : 21/05/23

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

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
11/05/23			80,921	<i>Echographie Génitale Tel: 05 23 40 14 12 17 Bd Abderrahmane Skirej Settat</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA SANTE 171 Bd 3 Mars Qt El Khei Settat Tel: 05 23 72 23 70 INPE: 062059308	15/05/23	245,70

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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
		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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		Coefficient DES TRAVAUX
	D 00000000	G 00000000		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

....., Le :

Nom : 1. FRANÇOIS

Age :

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Colprone 5mg cp b20
P.P.V : 52,20 DH

57.00

33,00

3950

64,00

52120

1245170

~~1000~~ 1000

I sto eim
Nomy:

Conrad

Colyns

SV SV SV

15 Dec 1972
SV Cachet

29/11
5 am
11 2

PHARMACEUTIQUE SANTE
13 MUSONI SETTAT
Tel: 05 23 72 23 70
LOT :

LOT

PER : 64, 00
PPV :

FPV

Médecine Générale
Date de prochaine visite :
Tél: 05 23 40 12 12.
147 B^e Abderrahmane Skirjei

ISTACYNE® 200 mg

doxycycline

voie orale



PPU 33540 PER 09/25

10 comprimés

ديسيون 500 ملخ

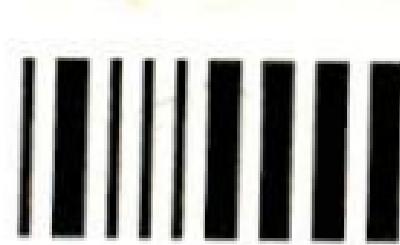
أطامسيلات

قرصا 20

dicynone® 500 mg
20 comprimés

6 118000061175

57,00



150

٢

LOT 224628

EXP 10 / 25

PPV 39DH50



卷之三

DANGER

Ne pas utiliser chez les filles adolées, femmes en âge de procréer ou enceintes, sauf en cas d'échec d'autres traitements ou en l'absence d'alternative thérapeutique.

A F R I C - P H A R