

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.

M22- 0050850

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 4549 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BERDAT Mo. Rihane

Date de naissance : 22/07/57

Adresse : 81, Rue Lalla Souda APP 28 CRPA

Tél. : 0662 60 3375

Total des frais engagés : 917.90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/07/2023

Nom et prénom du malade : RE. R.DAT M. Rihane Age : 65

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

coxarthrose

MUER

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 10/07/2023

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 : 03/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : A. BOURAKI

Le : 03/07/2023

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
03/07/2023	C	6100		<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie PAM El Mostafa BOUDLAL 37, Rue My Slimane - Hay Pam Tél : 05 23 40 35 58 - Sétif Inpe : 062048079	03/07/2023	917,90

ANALYSES - RADIographies

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	



ROYAUME DU MAROC
MINISTRE DE LA SANTE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE
DIRECTION REGIONALE
CASABLANCA SETTAT
DELEGATION PROVINCIALE
SETTAT



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
+212 524 14800 X de CII
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

المملكة المغربية
وزارة الصحة و الحماية الاجتماعية
دار البيضاء سطات
المندوبية الإقليمية
سطات

ORDONNANCE MEDICALE

03/07/2023

H^o BERDAI
Diseased

222,00 Dhs ④ Sintex Dos
1cp x 21T

43,60 ④ Nobix 7,5
1cp 1T

35,10 ④ Baci doux
1cp x 31T

75,00 ④ Kalesz doux
1 gel 1T

49,60 Dhs ④ Dine forte
1 Ampoule

917,90

Pharmacie PAM
El Mostata Boudlal
37, Rue My Slimane - Hay Pam
Tel : 05 23 40 35 58 - Settat
Inpe : 062048079

Dr BERDAI FA
Commission Médicale
Provinciale Settat
INPE: 65125035

