

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- 0039110

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 16.89

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Fadil Fati

Date de naissance : 1953

Adresse :

.....

Tél. : 0667132430 Total des frais engagés : 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 :

HTA (Hyper tension)

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 : / /

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
20/11/2023	CB	1	655,50	 Dr. HNINI Saâd Gynécologie-Obstétrique 121214803

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 16-1 Rue 3 Addiar Al Jadida	20/11/2023	655,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

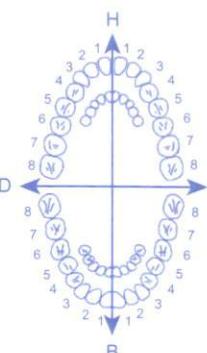
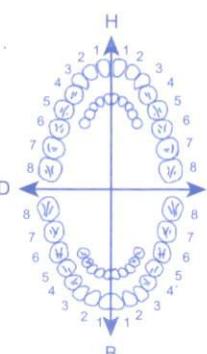
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
															
															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES															
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
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

Béni Mellal, le : 20/11/2023

Nom et Prénom : fatima fadil

PHARMACIE ADDIAK
16-1 Rue3 Addia Al Jadida
MinChock-Casa-022-50.75.19

Dr. HNINI Saâd
Gynécologie - Obstétrique
655,50
154,50 x 3

S.V

- S-CefalP 10mg : 1 g/j Pendant 03 mois
- Avlocaudyl 40 : 1 g/j S.V. → 02 mois. 41,80
- EuCaridom : 2 g x 2 S.V. 32,40
- Pretarso : 1 g/j S.V. → 02 mois. 84,90
- Profenol : 1 g x 2 S.V. → 10 jours 33,90

Dr. HNINI Saâd
Gynécologie - Obstétrique

121214803



121214803

45, Avenue Mohamed 5 Immeuble Al Moustakbal N°9, Béni Mellal

05 23 48 94 21 drhnini@gmail.com - ICE : 003330327000074

Cibila Maroc

6 118001 151363



30 Comprimés pelliculés O

S-CITAP® 10mg

ER: 04/2025
P.P.V: 41DH80
REF: 22E004

PREZAR® 50 mg
Losartan

30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 041627

97/45:30

PPV: 84DH80

PER: 10/24

LOT: R2916



Profenid® 50 mg

24 Gélules



6 118000 061052

30 فرصاً ملبياً

LOT: KE20017

PER: OCT 2024

PPV: 154 DH 30

30

LOT: KE30032

PER: MAI 2025

PPV: 154 DH 30

à la portée des enfants

<p