

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-829533

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <u>12321</u>	Société :	<u>A96855</u>
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>EL Boudouri TARIK</u>		
Date de naissance : <u>15/07/1982</u>		
Adresse : <u>VILLAS DES PRES N 162 DAR BNAZZA CASABLANCA</u>		
Tél. : <u>+212 661 09 7741</u>	Total des frais engagés : <u>448,40 DH</u>	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :	<u>01/01/2024</u>	
Nom et prénom du malade :	<u>Tarik EL Boudouri</u>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<u>Paroyngite</u>	
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'atté médecin conseil de la Mutuelle.		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA BLANCA Le : 17/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
17/09/2023	C3		150	NP: STABIR BACH Dr SABIR BACH Médecin Omnipraticien

EXECUTION DES ORDONNANCES

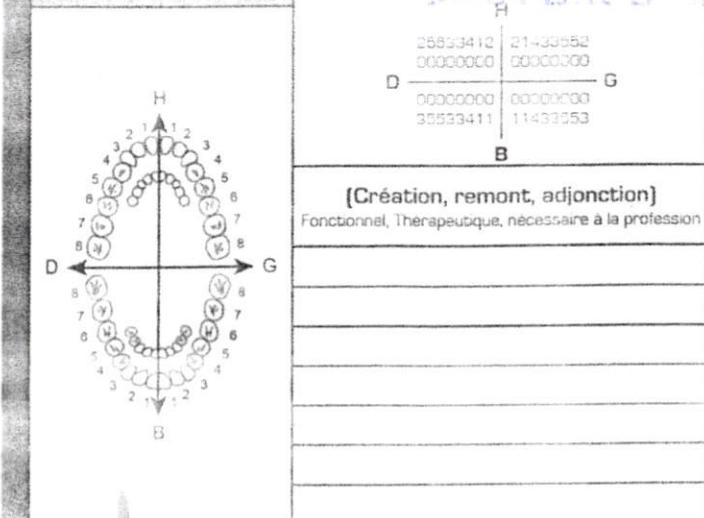
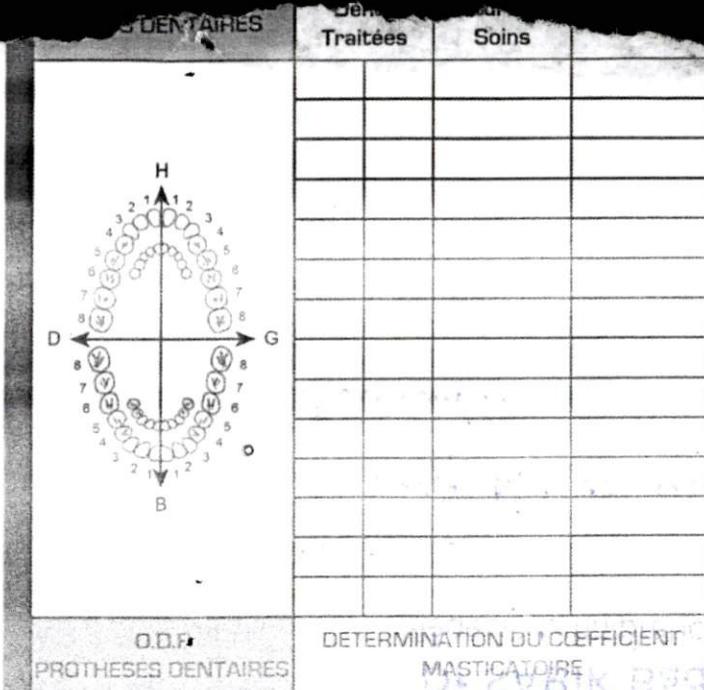
~~ANALYSES & RADIOGRAPHIES~~

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

ORDONNANCE



Le: 17/2/2014

82, 20

Dr. Delpierre

Yon, 2cp

② Predni des

17, 2cp / jour le matin

③ Augmenter de

29,05 sachet x

④ Apicol sirup

1càs x

3 / jour

Sabri & Sisvers

2 / jour

3 / jour

PPV : 157,20 DH
LOT : 652736
PER : 05/25

Dr SABIK Badr
Médecin Omnipraticien

+2125 22 24 04 04
+2126 27 55 55 55

www.omnidoc.ma
contact@omnidoc.ma

101, bd yaacoub el mansouri,
résidence square, etg 4, aptt 17

Codoliprane®

Paracétamol / Codéine

400 mg / 20 mg

16 Comprimés sécables

Comprimés sécables

400 mg / 20 mg

cetamol / Codéine

codoliprane.



PPV: 22DH20

PER: 09/25

LOT: M2957

Apixol®

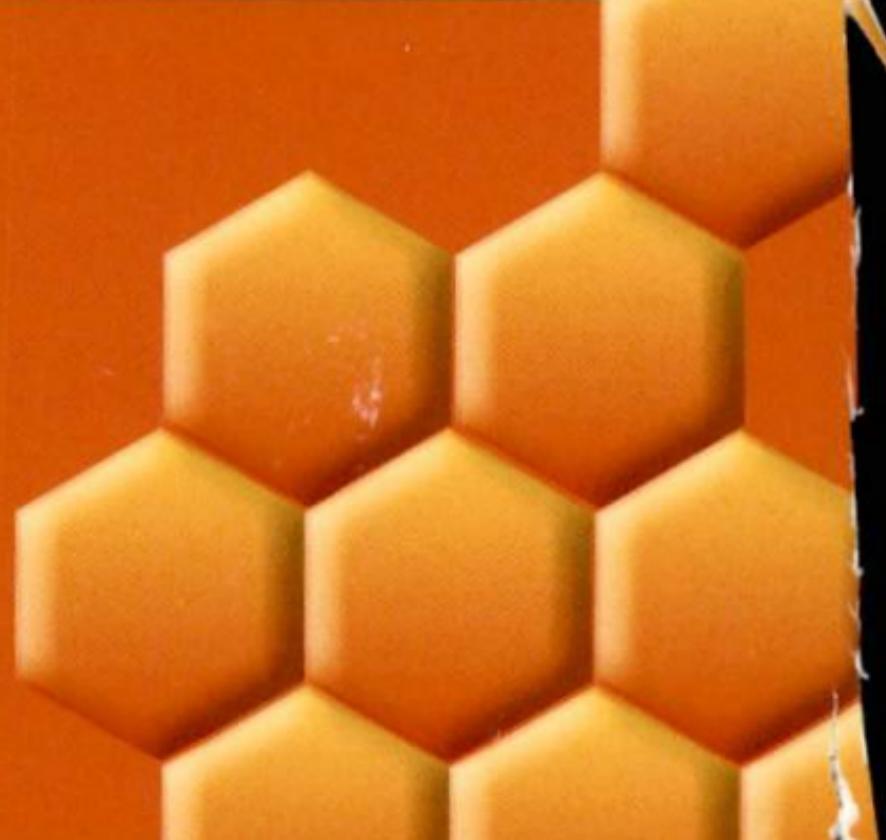
Adultes

Solution buvable

AUX EXTRAITS
DE PROPOLIS ET D'ÉCHINACÉE

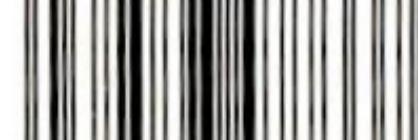
- Apaise les voies respiratoires
- Adoucit la gorge

Goût pomme - miel



200 ml e

Pharmalife RESEARCH



8 032578 477337

Lot: 220645

À consommer

avant le:

09/2025

PPC: 79,00 DH

Phar
RE