

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3271

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YAHIAOUI Abdellatif 203015

Date de naissance : 09.03.67

Adresse : Bourchid

Tél. : 06.11.89.90.83

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/04/2014

Nom et prénom du malade : Djalal Idrissi Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète Type 2 + hypertension

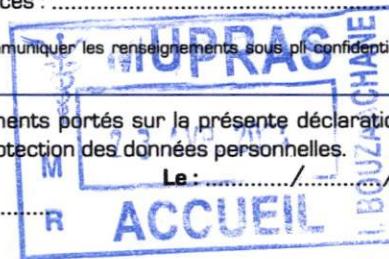
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

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
25/04/2024	Consultation	2	200 DH	Dr. Rachid Mekhiedi 265, Bd. Dahra - Hay Aljama - Casablanca Tél.: 05 22 53 30 73

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie 2000 Docteur Kadiri L. Aineb 21, bd Mohammad V, 1022, Rabat, Maroc	15/04/2024	1941, 20

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	

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	Coefficient des travaux
D	35533411	B	11433553	
				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

ORDONNANCE

Recette n° : 1234-824

Nom :

Age :

Domarin 500 mg

437,00 x 3

1) Domarin 500 mg 3x1000

99,00

2) Domarin 500 mg 3x1000

27,70 x 2

3) Cardioaspirine 100 mg/30cpls

40,50

4) Tanidyplo 100 mg

51,30

5) Voltaren

131,60 x 2

6) Spectrum 100 mg

Cachet:

Dr. Rachid BEN MALLEM
Médecine Générale
265, Bd. Dalma - Hay Attoura-Berrechid
Tél.: 05 22 53 90 73

LOT : 231514

EXP : 11/2026

PPV : 99,00 DH

Cardioaspirine 100 mg/30cpls
Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 1118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cpls
Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 1118001 090280

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 768/19/DMP/21/IRQ

P.P.V: 437,00 DH.

6 1118001 030010

VOLTAREN® LP 100 mg

Comprimé pelliculé

PPV : 51,30 DH

1232204

131,60

Dat

2) metospasmyl 1 cap
40,40 DH

2) 40,00
pred 20 11/8/2013
2 cap 1.42 MB 13



LOT N°:

40,00

UT. AV.:

PPV (DH):

1941,20



Pharmacie 2000
Docteur Kadiri L. Zineb
21 bd Mohammed V BERRECHID
Télé : 022.53.36.82



319334



Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V. : 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V. : 437,00 DH.

PPV : 40,50 DH