

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9088	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		BELMIR KHALID	
Date de naissance :		23/11/1966	
Adresse :			
Tél. : 0678804749		Total des frais engagés :	
Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Docteur MABCHOUR Rachid Spécialiste des Maladies Respiratoires et Allergiques 80, Bd Abdellah Kadiri - 1er Etage CP: 26100 - Berrechid GSM: 06 91 87 57 21 </div>			
Cachet du médecin : Date de consultation : 02/10/2019 Nom et prénom du malade : BELMIR Anas Age: 53 ans Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Rhinococonjunctive allergique et asthme pluri-taux En cas d'accident préciser les causes et circonstances : NON Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention 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 : Benchirid

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-467568
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	

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
02/10/19	CS	01	250 dinars	INP : 061011920 Docteur MABOUR Rachid Spécialiste des Maladies Respiratoires et Allergiques 80, Bd Abdellah Madiri 1er Etage CP: 26100 Berrechid GSM: 06 91 57 67 21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2-10-19	1101,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r rr} H & 25533412 & 21433552 \\ & 00000000 & 00000000 \\ \hline D & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \\ \hline B & & \end{array} $			
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
	<input type="text"/>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste des Maladies

Respiratoires et Allergiques

Diplôme de la Faculté de Médecine de Paris



أخصائي في الأمراض

التنفسية والحساسية

خريج كلية الطب بباريس

Age = 09 ans et 3 mois
Berrechid, le :

21/10/2019 M^{LE} = 9088
برشيد، في

poil = 27 kg

BELMIR Anas

2439

1) Singulair 100

S.V.

1 bouffée x 2 par jour



SINGULAIR® 5 mg
28 comprimés
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 303,00 DH
AMM 204 DMP/21/NCL

303,00 DH

2 mois

S.V.

2)

Singulair

5 mg

fin

20700

1 Comprimé

le

74772/140411-2

3) en relais, par ROMIUMS

PPV: 207DH00

4)

Metamiz

S.V.

Docteur MABCHOUR Rachid
Spécialiste des Maladies Respiratoires
et Allergiques
90, Bd Abdellah Kadiri - 1er Etage
CP. : 26100 - Berrechid
GSM : 06 91 97 57 21

PPV: 207DH00

Mod
1) pulvérisation par matin et
soir x 15 jours, le matin

LOT: GA90169
PER: 04/2021
PPV: 110DH00

Violabilite
Mafol

2) Zadryl sirop

S.

2 cuillères - mesure / cuillère à
café), le soir

31.90

1101,90



PHARMACIE NOUVELLE
Dr DRIK Mohamed
Anglo Rus Youssef Ben Yachine
et Allal Ben Abdellah - Berrechid
Tél: 022 39 41 40