

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-524416

A 62462
Optique

A

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 02943

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Benzellain Zahra

Date de naissance :

20 MAI 1960

Adresse :

113 Rue El Faouzi Trafif April

Tél. : 0661495656

Total des frais engagés : 76,70

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : _____ Age: _____

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :



En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 20 MAI 2023

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attendeur 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 : Essaouira Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraire	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur ANZARANI	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE BIR ANZARANI Mme. A. Nataja Née LATHO 94, Rue Gourvass Bd Bir Anzari Tél: [REDACTED]	25/5/2023	76,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

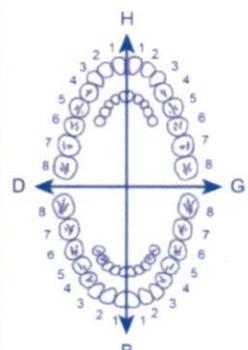
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraire
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

CŒFFICIENT DES TRAVAUX	[REDACTED]
MONTANTS DES SOINS	[REDACTED]
DEBUT D'EXECUTION	[REDACTED]
FIN D'EXECUTION	[REDACTED]
CŒFFICIENT DES TRAVAUX	[REDACTED]
MONTANTS DES SOINS	[REDACTED]
DATE DU DEVIS	[REDACTED]
DATE DE L'EXECUTION	[REDACTED]

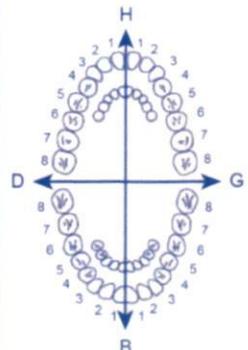


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

صيدلية بئرأنزران

PHARMACIE Bir Anzarane

ALJ Najia née LAHLOU

Université Paul Sabatier Toulouse
94, Rue Cadi Iyass Bd Bir Anzarane
Casablanca 20100
05.22.25.43.95



Casablanca le : 25/05/2023
Facture n° :

Client : Dr Douttaki Abdelwahed
ICE :

Médicaments	Quantité	Prix. U.	Total
Duoxol cpé	1	37,00	
Ricidine pte	1	39,70	
			76,70

PHARMACIE BIR ANZARAN
 Mme. ALJ Najia Née LAHLOU
 94, Rue Cadi Iyass Bd. Bir Anzarane
 Tél.: 05 22 25 43 95 CASABLANCA



macie Bir-Anzara
ass Bd Bir Anzarane
tente : 35802499 – IF : 40805188 – RC : 178486

% 2%
فوسيديبين
أنيوب من 15 غ
مرهم

39,70