

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

16/06/23

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07943

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Benjelloun Zohra

Date de naissance : 11/09/1960

Adresse : 113 Rue El Foufet 1er arrond

Tél. : 06.61495656

Total des frais engagés : 56,30

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :



Age :

Enfan

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 : Casablanca

Le : 26/05/2023

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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE PAR ANZARA Mme Nafya Née LAFIFI Anzar 94, Rue Cadi Iyad 93 Tél: 05 22 25 43 93	10/12/23	5630

ANALYSES - RADIGRAPHIES

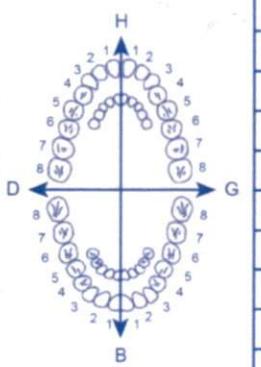
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

 O.D.F PROTHESES DENTAIRES	COEFFICIENT DES TRAVAUX											
	MONTANTS DES SOINS											
	DEBUT D'EXECUTION											
	FIN D'EXECUTION											
	COEFFICIENT DES TRAVAUX											
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H	25533412	21433552									
	D	00000000	00000000									
		00000000	00000000									
	B	35533411	11433553									
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'EXE

صيدلية بيرأنزران

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 : 09/05/23
Facture n° :

Client : Dr. Doutabi Abdellah
ICE :

Médicaments	Quantité	Prix. U.	Total
D-Cure Amp	1 -	56,30	
Cinq ampoules			

Handwritten notes on the table:

- A blue ink stamp of a skull and crossbones is placed over the quantity column.
- Handwritten text: "PHARMACIE BIRANZARAN" and "Najia LAHLO" are written over the stamp.
- Handwritten text: "94, Rue Cadi Iyass Bd Bir Anzarane" and "Tel.: 05 22 25 43 95 - Casablanca" are written below the stamp.
- Handwritten text: "30 cts" is written next to the quantity "1 -".
- A blue line is drawn across the table.

Product label details (from the bottom right of the table area):

- PPV: 56,30 DH
- LOT: 2015D
- 4 ampoules buvables
- D-CURE AMPOULE**

Pharmacie Bir Anzarane

94, Rue Cadi Iyass Bd Bir Anzarane Casablanca

ICE : 001727150000088 - Patente : 35802499 - IF : 40805188 - RC : 178486