

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14551

Société : RAK

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Jamal El Arabi Tahseen

Date de naissance : 1952

Adresse : 56 Rue Abdellah Ben Abdellah

Hely Fazzaoui

Tél. : 05 22 28 80 55

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

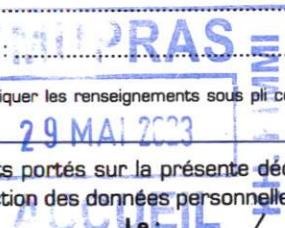
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : /

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Dr. Elmoustafa Abdellatif 6, Bis Bd. Abdellatif Tél: 0522 99 26 32 - Casablanca INPE:092049451 -ICE:0020720500025	Date	Montant de la Facture
	23/05/23	933,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <i>Jamal EL Arab Lahsen</i> Matricole : <i>4651</i> N° CIN : <i>B 379 105</i> Adresse : <i>56 Bd Abderrahim Bouabid Hayesscha</i> Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE : <i>0912 45621</i>
Certifie que Mlle, Mme, M. : <i>Jamel EL Arab Lahsen</i>	
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <i>cardiopathie ischemique et Hypertension</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <i>Buprénax, candentiel, TAHOR, cardiospirine</i>	
Pharmacie les Pyramides Dr. Elmostapha GHANDAF 6, Bd Abderrahim Bouabid Tél: 0522 99 26 52 - Casablanca INPE: 092049451 - ICE: 002072066000035	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : <i>Casablanca</i> le <i>08/02/2023</i>	
Cachet et signature du médecin traitant : <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin-left: auto; margin-right: auto;"></div>	

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées



PHARMACIE LES PYRAMIDES

6 bis, Bd Abderrahim Bouabid

R.C :303606

T.V.A.:

Patente:36030170

C.N.S.S:6702600

Tél : 0522992652

Le 23/05/2023

FACTURE N°206500

N° ICE : 002072066000035

N° IF : 51500149

JAMAL EL ARAB LAHSEN

REMISE GLOBALE :

BRUT TTC

933,3

- Remise

0,00

933,30

Nombre d'Articles : 6

TVA 7% Base:

51,1

constant:

3,58

TVA 20% Base :

Montant

*Arrêté la présente facture à la somme de :
Neuf Cent Trente Trois Dirhams et 30 centimes.*