

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'assentement préalable est exigé 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 semi.
- 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.
- Le pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radiologie 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.

Reéducation :

- L'assentement préalable renseigné par le médecin prescripteur est exigé avant le début des séances de rééducation.
- 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 canaux, l'assentement 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 radiologie après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 3 mois.



Declaration de maladie

N° W19-535375

ND: 30728

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : JALAL 3351 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : JALAL Abd elhakim

Date de naissance : 01/10/60

Adresse : habitué ppe

Tel : 0673730831 Total des frais engagés : \$0

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : 07/11/2020

Nom et prénom du malade : ZAKIA Age : 57

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : casablanca Le : 27/10/20

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Pre 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.

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
 Derb Boucheur Casablanca 1 Rue 9 Casablanca	20/10/2017 22 28 40	50,00

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

[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le présent relevé est une des pièces du dossier médical communiqué à l'assuré par le dentiste. Il est communiqué à la C.A.P. et à la C.A.M.

Important :

Vous devez renseigner les renseignements relatifs à la prothèse dentaire (denture complète ou partielle) dans la partie correspondante du présent relevé.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 1 1 1 1 1 1	
				DIFFICULTÉ DES TRAVAUX	
					MONTANT DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXÉCUTION
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			DIFFICULTÉ DES TRAVAUX	
	[Creation, remont, adjonction]			MONTANT DES SOINS	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXÉCUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE



PHARMACIE MENARA

RUE 9 N° 1 DERB EL MITER BOUCHENTOUF

R.C :

Patente:33566121

T.V.A :

C.N.S.S:6350433

Tél : 05 22 28 40 23

Le 27/04/2020

FACTURE N°277549

N° ICE :

JALAL ZAKIA

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	CURTEC 10 MG	50,00	50,00	3,27	7,00
PHARMACIE MENARA Derb el Mitir N° 9 Rue 1 Derb Bouchentouf Casablanca Tél: 05 22 28 40 23 PPV:50DH00 PER:05/22 LOT:11111 50,00 					

TOTAL T.T.C :

50,00

Nbr Articles	TVA 7% Base :	50,00	Montant :	3,27	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	---------

**Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinquante Dirhams.**