

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Nº P19- 0039225

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10507**

Société : **142692**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL BARCHAOUI JILLALI**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **06.61.80.73.84** Total des frais engagés : **#3539,00** 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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-039225

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **10507**

Nom de l'adhérent(e) : **El Barchaoui**

Total des frais engagés : **#3539,00**

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr ARRAZI Okba Bou Nabi PHARMACIE EL AINI #	24/07/20	3539,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

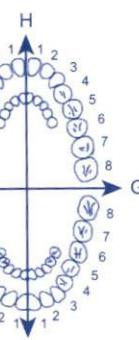
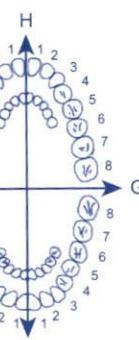
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PHARMACIE FATIMA
ARRACHIDI SAMIRA
ANGEL RUE OKBA BNOU NAFII ET RUE MEDINE
BERRECHID**

Taxe Profes. N°: 40702379

N° R.C. : 2384

N° ID.F. : 92913360 N° ICE 001679000000

N° CNSS : 2199497

Tel : 0522337777

Fax :

EL BARCHAOUI JILALI

I.C.E.:

DEROUA

CASA

Le : 24/07/2020

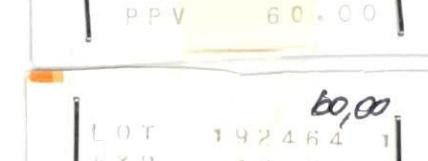
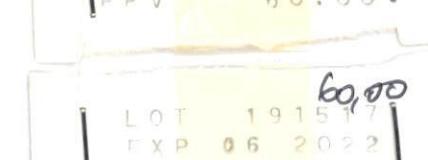
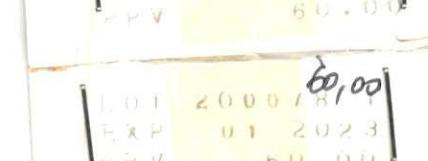
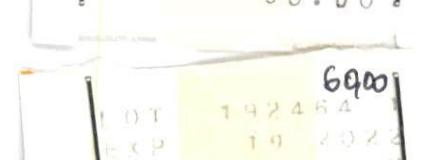
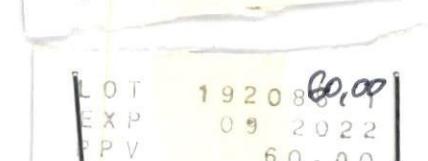
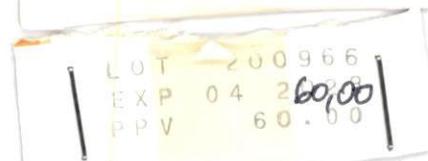
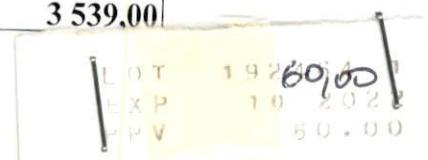
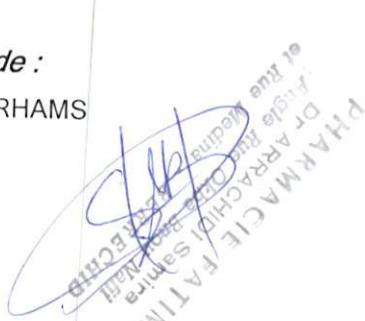
FACTURE N°: 23/20

Qté	Désignation	Prix	Montant
8	ODIA 3 X30CP	60.00	480.00
1	JANUMET 50/1000 X56CP	437.00	437.00
6	JANUMET 50/1000 X56CP	437.00	2622.00

Total : 3 539,00

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

TROIS MILLE CINQ CENT TRENTÉ NEUF DIRHAMS



6 118001 160495
JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI
Boîte de 56 comprimés pelliculés
DISTRIBUÉ PAR MSD MARO P V 437.00 DH


 6 118001 160495
 JANUMET® 50/1000 mg
 AMM 59DMP/21/NCI
 Boîte N° 56 comprimés pelliculés
 DISTRIBUÉ PAR MSD MARCO P.P.V. : 437.00 DH

6 118001 160495
JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/1/NCL
Boite de 56 comprimés pelliculés
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V : 43,00 DH

Barcode: 6 118001 160495
JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI
Boîte de 56 comprimés pelliculés
PICTURETTE SAS - MFR 1000 mg R.P.M. 437.00 DH


6 118001 160495
JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59/MP/21/NCL
Boîte de 56 comprimés pelliculés
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P. P. M. : 437.00 DH