

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.

Education :

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.

Prothèse :

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.

Le 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

Information : contact@mupras.com
en charge : pec@mupras.com
sion et changement de statut : adhesion@mupras.com

N° P19- 068071

ND 52230

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1735 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : A. A. R. A. N. I. B. a. u. c. h. a. i. b.

Date de naissance : 02/06/1951

Adresse : Lot 14j Fateh N° 5, 137 ouffa

Tél. : 06 66 19 86 21 Total des frais engagés : 109 439,20 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 un emboîtement 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21/12/2020

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	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAMZA F. HAMZA 101, Rue 678, 31000 Téléphone : 0522 93 10 20		1012,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
<img alt="Diagram of the dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches. A coordinate system is overlaid with			

STE PHARMACIE HANZA
CASABLANCA
Local. Hafa 5000. Rue 5 N° 3 Lot. 04
Casablanca - Tel: 0522 93 10 28

Le
Facture N° 0002666

M:

Quantité	Désignation	P.Unit.	P. Total
05	Sulpir 160/5/125 185,20	g 26,00	1642,20
02	candesert 5mg 58,10	D 16,20	

STE PHARMACIE HANZA
CASABLANCA
Local. Hafa 5000. Rue 5 N° 3 Lot. 04
Casablanca - Tel: 0522 93 10 28

LOT 19N019
EXP 10/21
PPV 185DH20

LOT 203848
EXP 02/22
PPV 185DH20

LOT 201889
EXP 12/21
PPV 185DH20

LOT 19N019
EXP 10/21
PPV 185DH20

LOT 203848
EXP 02/22
PPV 185DH20

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

62226163198

25/01/2022 - 26/01/2022
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH