

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.

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

16126 .

Déclaration de Maladie : N° S19-0018463

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3126 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Noujji Med Date de naissance :

Adresse : Inara I, rue 1, n° 1, Casab

Tél. : 0660993789 Total des frais engagés : 287,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

PPC 109,00 DH

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178,90 DH

AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NP

6118001072583
Distribué par le laboratoire SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Cachet du médecin :

LOT 5/11/18
2021/11

Date de consultation :

Age : 63ans

Nom et prénom du malade : Oumati Rabea

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

glocaume

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 : Casab

Le : 4/11/2020

Signature de l'adhérent[e] :

MUPRAS
ACCUEIL
MARRAS

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 & PARA ACIMA INARA HAMMAMET AZZAZ DR. HAMMAMET AZZAZ TUNISIA 2020 | 09/01/20 | 287.90 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

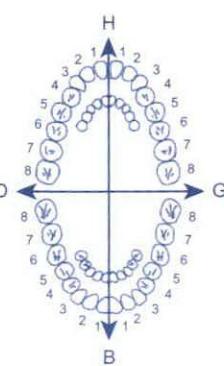
/euillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | C |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIÉ ACIMA

CENTRE COMMERCIAL ACIMA AL-INARA . LOCAL B6. AIN CHOCK.

CASABLANCA

Facture

| | | |
|--------------------|--------------------|------------------------------|
| N° de la Facture | 75/19 | Montant de la Facture T.T.C. |
| Date de la Facture | 04/01/2020 | |
| Client | MR NOUIJI MOHAMMED | 287,90 |

Dont T.V.A.

48,00

| Forme | Nom du produit | P.P.V. unitaire | Qté. | Date de péremption | P.P.V. total | Remise (en %) | P.P.V. net |
|-------|-------------------|--------------------|------|-----------------------|-----------------|------------------|---------------|
| CL | MONOPROST COLLYRE | 178,90 | 1 | __/_/___ | 178,90 | 0,00 | 178,90 |
| CL | XILOIAL COLLYRE | 109,00 | 1 | __/_/___ | 109,00 | 0,00 | 109,00 |

PHARMACIE & PARÀ ACIMA INARA
HAMID HAZZAZ
PHARMACIEN
ACIMA INARA AV 2 MARS AIN CHOCK B6
TÉL : 05 22 87 49 12 - CASABLANCA

Arrêté la présente Facture à la somme de :

DEUX CENT QUATRE-VINGT SEPT DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CENTIMES