

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ 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.

N° W19-514275

18078

TD

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

1962

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Dessai Ouamima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0675193995

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H	25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553	G	
D					
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					

VOLET ADHERENT	NOM : <i>Berthi Oumaima</i>	Mle <i>6962</i>
DECLARATION N°	W18-406833	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-406833

DATE DE DEPOT

..... / /201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle *6962*

Nom & Prénom *Berthi Oumaima*

Fonction : Phones *0675623995*

Mail

MEDECIN Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age

Nature de la maladie Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE Date *17/01/2003*

Montant de la facture

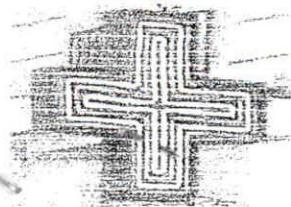
ANALYSES - RADIGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires

PHARMACIE ZAHRA



FACTURE : 09/2020

DÉR SSI OUL YAIYA.

Bouznika le .. 17/01/2020

DÉSIGNATION	PRIX	QTÉ	MONTANT
- Bidantogel 40	76,00	01	76,00
- Scatol 40	34,70	01	34,70
- Febreux sechit sans sucre	20,00	01	20,00
- Aspartol 40	39,80	01	39,80

PHARMACIE ZAHRA
Hakim El Marchi
Docteur en Pharmacie
P. 100501143000057

TOTAL : 170,50

111, Hay Nbichate - BOUZNIKA - Tél. : (212) 05 37 74 51 92
R.C. Bouznika 5418 - C.N.S.S. 7.099.733 - Pattente : 39804593 - Identification Fiscale 56417170

I.C.E. 000501143000057

Bidontogyl 1,5MUI/250mg, 15 comprimés



6 1118000 092223

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

Yasmine LAHLOU FILAU - Pharmacien Responsable

عن طريق

LOT : 6451
UT. AV : 06-20
P.P.V : 76 DH 00

LOT N°:

UT. AV :

PPV :

34170

39,80 DH

Lot : U264A

Per : 09-2021

ESNAPHARM

6 111255 870202

S-CORT® 20 mg

Prednisolone

20 Comprimés effervescentes sécables

6 1118000 340270

Composition : 20mg

PHARMED
LOT : 9189
UT. AV : 12-21
PPV : 20DH00

FEBREX® Soutte Sans Sacre



6 1118000 310631