

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
0 Prise en charge : pec@mupras.com
0 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.

Maladie **Dentaire** **233L2** **Optique** **ca** **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **9403** Société : **R.A.M**

Actif **Pensionné(e)** **Autre** :

Nom & Prénom : **Benlouelih YASSINE**

Date de naissance : **17-01-73**

Adresse : **lot central Park N°16 Bouskoura**

Tél. : **0663608602** Total des frais engagés : **42,00**

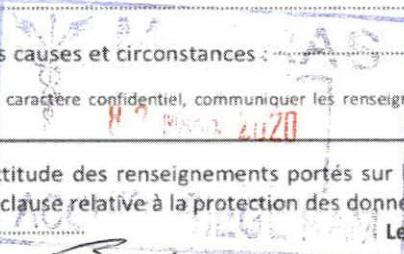
Cadre réservé au Médecin

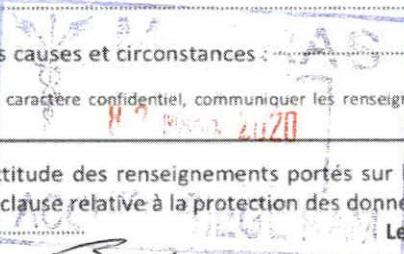
Cachet du médecin : 

Date de consultation : **03/01/20**

Nom et prénom du malade : _____ Age: _____

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfan**

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'at: médecin conseil de la Mutuelle. **17/01/20**

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

Fait à : **ca.s.a** Le : **03/01/20**

Signature de l'adhérent(e) : 

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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHOKR Mr ZINE EL ABBID Zekia Km 14 Bouar Ouled Malek Bouskoura Casablanca T 03 81 222 79 03 81	03.10.11.2020	42,00

ANALYSES - RADIographies

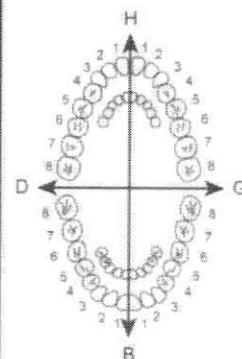
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE CHOKR Mr ZINE EL ABBID Zekia Km 14 Bouar Ouled Malek Bouskoura Casablanca T 03 81 222 79 03 81			

AUXILIAIRES MEDICAUX

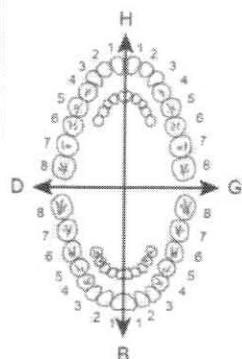
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

**PHARMACIE
CHOKR**



ZINE EL ABIDINE Zakia

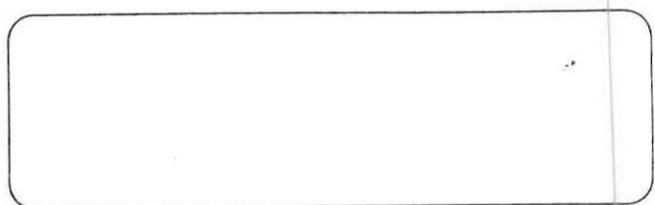
Docteur en pharmacie

Diplômée de la Faculté De Pharmacie

De Monastir - Tunisie

Le: 03/01/2020

Facture N°: 013



Quantité	Designation	PPM	TOTAL
1	Predni 20 mg (A.S)	42,00	42,00
		LOT N°: 4250	
		UT. AV: 02/01/2020	
		PPV:	
Arrêtée la présente facture à la somme de :			TOTAL :
Quarante deux dinars			42,00

PHARMACIE CHOKR
Dr ZINE EL ABIDINE Zakia
Km 14 Douer Oued Malek
Bouskoura Casablanca
TEL: 0522 59 03 81

INPE:

092081355

Route 3011 km 14 - BOUSKOURA NOUCEL TEL : 0522-59-03-81

R.C : 345456 PATENTE : 32915107 BANQUE : ATTIJARI OASIS / cpté N° : 0117D000000335

ICE : 001023200000073