

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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° W19-595251

56874

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 06698

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FACHTA LI

DRSS.

Date de naissance :

04/03/1966

Adresse :

321, bt Namous, Der Bonazzu

Case

Tél. : 0661310633

Total des frais engagés :

64,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Fachta Rauia

Age:

Nom et prénom du malade :

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

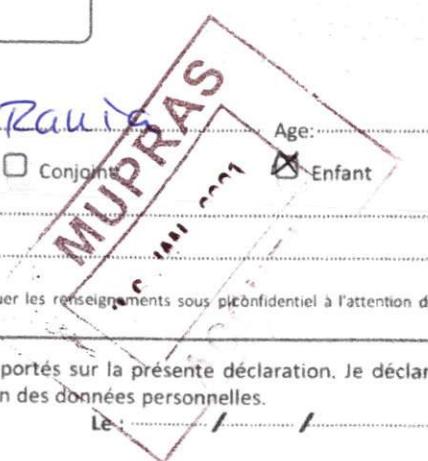
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



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
<i>ALFAJAR PHARMACEUTICALS Casablanca - 0522 240 59</i>	18/1/2021	64,50
		<i>ZNP E 0.920 98639</i>

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHESIF

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Fucidine® pomade 2% Tube de 15 g HO

Le praticien est prié de préciser
Important : Veuillez joindre les radiographies

PPV : 24DH80
PER : 05-23
LOT : J1456

39,70

SOINS DENTAIRES	Den. Traitées	Coefficient	INP : [REDACTED]
			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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433582 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
	B
	G

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE DES DARBISTES
Dr. ALAMI ZINEB
MOSQUEE NAOURAS RDC DE LA MOSQUEE OMAR AL FAROUK
NUMERO 3 DAR BOUAZAA 27 223, CASABLANCA

Patente N° 32900655
ICE 002159865000045
IS 50835138

Tél : 0522292859

Le :

18/11/2021

Facture Rania

FACTURE :

348

du :

18/11/2021

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	Nihal Fcr	24,80	24,80	
1	Freidin formule	39,17	39,17	
<hr/>				
Total TTC				64,17

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Soixante quatre Dirhams.

DRS PHARMACIE
RANIA
Mosquée Naouras, Casablanca - 0522292859