

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.

N° W19-498642

par courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BERDAS Mohamed

Date de naissance :

22/07/57

Adresse :

81, Rue Corneille APP18 CASA

Tél. :

0662 103375

Total des frais engagés :

43,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

(Achat libre)

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

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 : 12/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Abdel

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-498642

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4549

Nom de l'adhérent(e) : BERDAS

Total des frais engagés :

43,60

Date de dépôt :

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 : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DU JASMIN Mme. LAMRANI Rajaa 61, Avenue 2 Mars - CASA Tél. 05 22 81 17 67	12/03/2021	43,60

ANALYSES - RADIographies

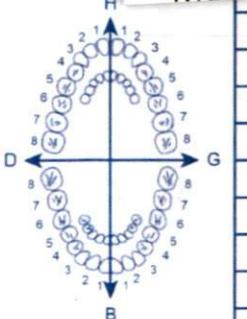
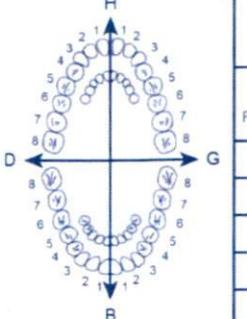
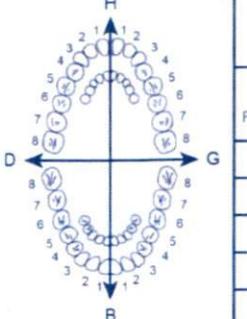
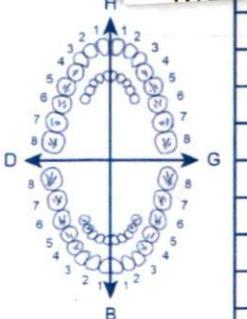
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

Le	100 ASPEGIC 100MG SACHETS B20 P.P.V : 21DH80 LOT : 20E010 PER. : 11-2021 جرعة	أسيبيك مسح لاند المرأة يحفز طريقة وكيفية الاستعمال : عن طريق الفم 6 118000 061113	100 ASPEGIC 100MG SACHETS B20 P.P.V : 21DH80 LOT : 19E003 PER. : 03-2021 جرعة	أسيبيك مسح لاند المرأة يحفز طريقة وكيفية الاستعمال : عن طريق الفم 6 118000 061113
Im				
Ve	MONTANTS DES SOINS			
S	DEBUT D'EXECUTION			
	FIN D'EXECUTION			
	CCEFFICIENT 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'EXECUTION			

PHARMACIE DU JASMIN

MME LAMRANI RAJAE

61 AVENUE 2 MARS CASA

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 37917365

N° R.C. : 252269

N° CNSS : 2266139

N° ID.F. : 40463608

N° ICE

Tel : 0522811767

Fax 0522836542

ICE
001448442000041

Mr BERDAI MOHAMED

Le : 12/03/2021

FACTURE N°: 166405/21

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
2	ASPEGIC 100 20 SACHETS	21,80	7	43,60

TVA 7%: 2.85 Total : 43,60

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUARANTE TROIS DIRHAMS ET SOIXANTE CTS

صيَّدَلَةِ
ال Jasmin
PHARMACIE DU JASMIN
Mme. LAMRANI Rajaa
61, Avenue 2 Mars - CASA
Tel: 0522 81 17 67