

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº P19-

059795 *Par
comme*

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 4549

Société : LOA

66275

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELDAI Mohamed

Date de naissance : 22/07/57

Adresse : 81, Rue Cora Be APP12 CFTA

Tél. : 0662163375

Total des frais engagés : 45,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Achat libre

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 : CFTA Le : 15/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

Nº P19-059795

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) : BELDAI

Total des frais engagés : 45,20

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DU JASMIN</i> Mme. LAMRANI Rajaa 61, Avenue 2 Mars - CASA Tél : 05 22 81 17 67	15/03/2021	45,70

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

PPV	Clartec® Loratadine 10 mg 10 comprimés Voie orale
LOT	22.00
PER	Le praticien Importante Veuillez joindre soins
SOINS	200 ارسیفوریل® Ercéfuryl® 200 (NIFUROKAZIDE) نیدرورکازايد
COEFFICIENT DES TRAVAUX	ature des Soins Coefficient
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	O.D.F PROTHESES DENTAIRES
MONTANTS DES SOINS	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
DATE DU DEVIS	H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 B 00000000 00000000 G 35533411 11433553
DATE DE L'EXECUTION	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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

00144844200041

Fax 0522836542

ICE

ICF

00144844200041

Mr BERDAI MOHAMED

Le : 15/03/2021

FACTURE N°:

166406/21

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	CLARTEC 10 MG X 10 CP	22,00	7	22,00
1	ERCEFURYL 16 GELULES 200 MG	23,70	7	23,70

TVA 7%: 2.99

Total : 45,70

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUARANTE CINQ DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

صيادلة
PHARMACIE DU JASMIN
Mme. LAMRANI Rajae
61, Avenue 2 Mars - CASA
Tél: 05 22 81 17 67