

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

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

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

N° W19-595253

71793

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06628

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FACHTALI DRIS .

Date de naissance :

04/03/1966 .

Adresse :

321, lot Naukoss. Dan Bonagg .

Tél. : 0661310633

Total des frais engagés : 45,80 . Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

FACHTALI RANIA .

Age:

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 : Cas

Le : 26/04/2021

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
DR. A. RABIEINEB PHARMACIE Casablanca - 03 23 26 20 30	29/04/2021	45,80
	DR. RABIEINEB	0920 886 89

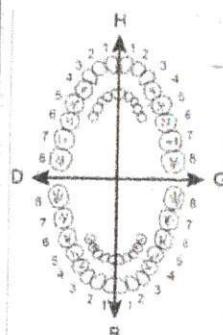
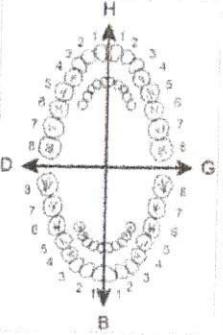
ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES		RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES	
<p>Le praticien est pré de [REDACTED] Important : Veuillez joindre les radiographies</p>		<p>Le praticien est pré de [REDACTED] Important : Veuillez joindre les radiographies</p>	
<p>PPV: 24DH80 PER: 01/22 LOT: I291</p>		<p>PPV: 24DH80 PER: 01/22 LOT: I291</p>	
<p>PHARMED</p> <p>LOT: 3577 UT. AV: 06-22 PPV: 21 DH 00</p>		<p>PHARMED</p> <p>LOT: 3577 UT. AV: 06-22 PPV: 21 DH 00</p>	
			
<p>MONTANTS DES SOINS</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p>	
<p>DEBUT D'EXECUTION</p>		<p>DEBUT D'EXECUTION</p>	
<p>FIN D'EXECUTION</p>		<p>FIN D'EXECUTION</p>	
<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p>		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p>	
<p>MONTANTS DES SOINS</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p>	
<p>DATE DU DEVIS</p>		<p>DATE DU DEVIS</p>	
<p>DATE DE L'EXECUTION</p>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p>	
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>		<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>	

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 : 29/04/2021,

(
Facture à Rania.
=

FACTURE : 329 du :

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	Nabayat Fev	24,80	24,80	
1	Febrea W Ad	21,00	21,00	
Total TTC				45,80

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quarante cinq Dirhams et 80 centimes



7