

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W21-630018

80314

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Code réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2305

Société : RIA

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : NOURAZIE Marina

Date de naissance : 10/6/52

Adresse : Halte Etielle

Tél. : 060366454

Total des frais engagés : 39,70 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lui-même



Age :

Conjoint

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Cay

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 : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/07/21	39,70

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
		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.

	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
	<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	<input type="text"/> DATE DU DEVIS
	<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 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 MERCURE

Selma TAZI

Docteur en Pharmacie

Diplômée de l'Université de Liège

2, Rue El Woroud - Tél. : 05 22 27 46 26

CASABLANCA

T. P. 34202743

I. F. 45511732

R. C. CASA 129574

C. N. S. S. 1513648

ICE: 000884973000030

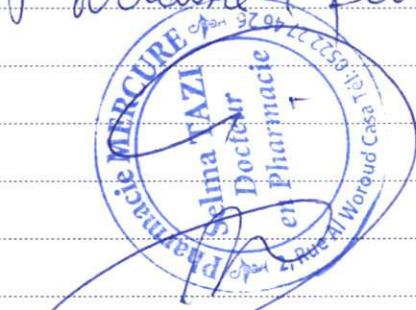
INPE : 092042365

Le 3 - 6 2021

FACTURE

N^o MOURAZIZ Naima Doit

Fin d'ordre

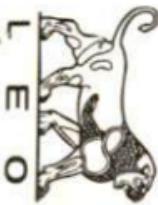


39,70

Fucidine® 2% cream

Tube de 15 g

6 | 1800 120575



100

Fabriqué par  POLYMÉDIC sous licence LE
Rue Amyot d'Inville, Quartier Arsalone
Casablanca - Maroc
Dr. M. HOU BACHI : Pharmacien Responsable
AMM N°42 DMP/21/CCI

Pas de précautions particulières de conservation.

168 | Page

بناء على وصفة طبية فقط

Ne pas avaler - Respecter les doses prescrites
بعد الاستهلاك - احترم الجرعة - احترم الجرعة

39,70

فوسيدين® 2%
مرهم أنبوب من 15 غ

Fucidine® 2% pommade

Fusidate de sodium

Tube de 15 g

فوسفید یین[®] 2% مرکب

أنبوب من 15 غ

لِمَدِيُومِ الْمُصْوَدِيَّاتِ فَوْ