

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

cique :

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

éducation :

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.

ntaire :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

No P19-0033504

MUPRAS
RECEPTION

86876

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : H03 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZEROUAL ABDELAZIZ

Date de naissance :

Adresse : Lech uvolia 11281 Benmouer

Tél. : 0664435646 Total des frais engagés : 912,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/09/2021

Nom et prénom du malade : ZEROUAL et Bouane Age :

Lien de parenté :

Lui-même

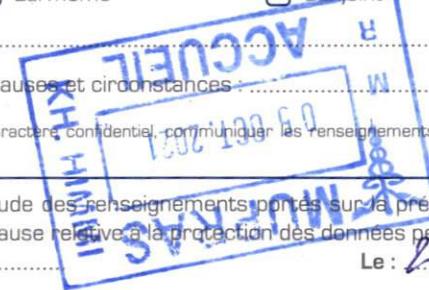
Conjoint

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 25/09/2021 Le : 25/09/2021

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA CLOUARDE 24, AV. DES SÉGURS 33130 VILLENAVE TÉL : 05.22.53.20.54	23-9-21	912,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
<img alt="Diagram of a dental arch with numbered teeth from 1 to 8				

Pharmacie AL OUMOUMA - Deroua



ESSOUBI ROUBA

0522532054

244 Lotissement el wafaa, Deroua

Facture N° FAC-9693

Date : 28/09/2021

Maroc

Produit		Qté.	P.U	Total
HUMALOG KWIKPEN IN 100UI/ML INJECTABLE		3	111,00	333,00
TOUJEO SOLOSTAR IN 300 UNITES/ML B3 STYLOS		1	579,00	579,00

Total Organisme	0 DHS
Total Client	912,00 DHS
Total	912,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : neuf cent douze DHS

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 Lotissement el wafaa
Fix : 05.22.53.20.54

LOT D299198F.3
UT AV 07 2023
PPV 111.00 DH

LOT D299198F.3
UT AV 07 2023
PPV 111.00 DH

LOT D134320M.2
UT AV 07 2022
PPV 111.00 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
TOUJEO 300 UI, sol inj
solo b3 st
P.P.V : 579,00 DH
6 118001 082222