

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-696959

110483

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 19519

Société : EAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LARANI OMAR

Date de naissance : 06-07-1957

Adresse : Habibie

Tél. : 0661586727

Total des frais engagés : 890,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : MLD

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 loi n° 09-08 relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 20/03/2022

Signature de l'adhérent(e) : MLD

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
<i>PHARMACIE TAHAL BENSIRAH 51, Rue BENOUSSA Dr. Mme BEN Tel : 05 22 24 80 54 Fax : 05 22 24 85 44</i>	14/03/22	850,30 INPE : 092007814

ANALYSES - RADIGRAPHIES

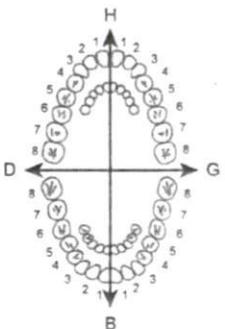
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

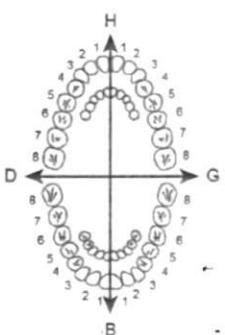
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
35533411	11433553

B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
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 AL MASSIRA
 BENMOUSSA L OUAFAE
 51 RUE RAHAL BEN AHMED EX RUE
 DINAND

Tél : 0522248054

14/03/2022

LAMRANI OMAR

FACTURE N° : 10445 du 14/03/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
4	TANZAAR 50 MG 28 CPS	81,00	324,00	0%
2	AMLOR 5 MG X56 CPMES	136,60	273,20	0%
3	CARDIO ASPIRINE 100 MG BT 30	27,70	83,10	0%
3	CIVASTINE 10 MG X 28CPMES	70,00	210,00	0%
Total TTC				890,30

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
HUIT CENT QUATRE-VINGT DIX DIRHAMS ET TRENTE CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	890,30	0,00	890,30
		890,30	0,00	890,30

PHARMACIE AL MASSIRA
 51, Rue Rahal Ben Ahmed
 Dr. Mme BENMOUSSA Ouafae
 Tel : 05 22 24 80 54
 Fax : 05 22 24 85 44

CNSS : 1753377
 Compte :

I.C.E : 001642356000035
 Patente : 31202044

INPE:092007814
 R.C : 191902

I.F : 46204130
 RIB :

AM *lor* 5 mg
28 COMPRIMÉS
6 118000250531

Lot 28

5 mg



Lot 28

UT.AV

0 2

89,80

P.P.V.

89 20

LOT N° : FEZ 232