

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

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11048

Société : Mag 203

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MARLOUKI Chafifa

Date de naissance :

22/02/1975

Adresse :

Habiba

Tél. : 0643146800 Total des frais engagés :

00,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

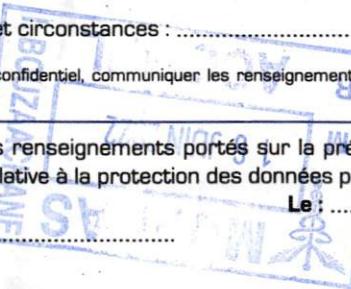
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :

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 HAY KARAM CASA 98, Bis Av. C Hay Karam Q.I . Sidi Bernoussi - Casa Tél : 0522 35 93 82 INPF : 092031046	13/06/22	Pharmacie HAY KARAM CASA 98, Bis Av. C Hay Karam Q.I . Sidi Bernoussi - Casa Tél : 0522 35 93 82 INPE : 092031046 T = 50,60

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
		AM	PC	IM	IV	

Collirge 0,9 %		re des soins.	
larmabak® ainsi que le bilan de l'ODF.			
		IT AUX	
		Lot. 5048 12/2021 11/2023	
DEBUT D'EXECUTION			
FIN D'EXECUTION			
COEFFICIENT RE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS			
DATE DU DEVIS			
DATE DE L'EXECUTION			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

CLARTEC 10 mg
 10 comprimés
 Voie orale
 la dent traitée, l'acte pr
 s en cas de prothèses d
 re des
 ins

10 mg
 P.P.V : 22 DH 00
 UT. AV : 03-25
 LOT : 6372
 Clartec 10 mg boîte de 10 comprimés

118000099205
 9

Hemofast®
 6 Suppositoires
 Voie rectale

PROTHES
 D
 8
 7
 6
 5
 4
 3
 2
 1
 0

PROTHES
 D
 8
 7
 6
 5
 4
 3
 2
 1
 0

VISA ET

14,50

PHARMACIE HAY KARAM CASA
CHEKKOURY IDRISI MERYEM
98 BIS AVENUE C HAY KARAM QI SIDI BERN

Tél : 0522359382

Patente N°: 31604578
N° R.C. : 485101
Compte : 190780212111854045000485
CNSS : 9189970
Id.Fiscale : 47372817
ICE : 002691952000075

Le : 13/06/2022

Charifa marzouki

BL

du : 13/06/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant
1	HEMOFAST SUPPO	14.30	14.30
1	LARMABAK COLLYRE	54.10	54.10
1	CLARTEC /10	22.00	22.00

Total TTC : 90.60

Pharmacie HAY KARAM CASA
98, Bis Av. C Hay Karam
Q.I. Sidi Bernoussi - Casa
Tél : 0522 35 93 82
INPE : 092031046