

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.



Declaration de Maladie

N° W21-638884

129939

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

3482

Société :

DAH

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABDEL Abdellahmid

Date de naissance :

18-04-52

Adresse :

23, Rue Houcine Hafid EASA - Mohafiz

Tél. :

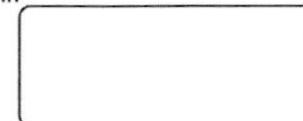
0661 21 1542

Total des frais engagés :

842,60

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

AYZER Rabie

Age:

Enfan

Nom et prénom du malade :



Conjoint

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'at: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : PARIS

Le : 14/09/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE YACOUB EL MANSOUR 65 Bd Yacoub El Mansour Casablanca 102057212</i>	26/07/2022	842,60

LOT : 21E005V PER : 11/2024

TENORMINE 100MG CP PEL SEC B28 O

Cardiospirine 100 mg/30cps O

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

Barcode: 6 118000 011590

6 118001 090280

ANALYSE RADIGRAPHIQUES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

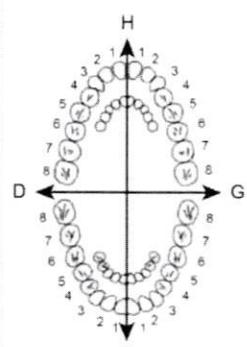
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

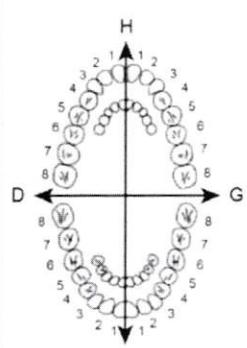
O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

PHARMACIE YACOUB EL MANSOUR

Mme Zineb BENNIS

63 - 65 Bd Yaacoub El Mansour .

Tél.: 05 22 25 52 04

Patente : 35803032 - CNSS : 1470195

ICE : 001619014000060

Casa, le

26/07/2022

M. Ajel Dabou

Qté	Désignation	P.U.	Montant
1	Corchoasip	-	27,70
1	Zenclor	-	20,00
1	Streptoclear	-	36,20
1	Ex forge Mansour	-	310,00
1	Galvus	-	390,00
1	Terpine	-	58,70
			<u>842,60</u>
  6118001030903 EXFORGE HCT 10mg/160mg/25mg 28 comprimés pelliculés PPV : 310.00 DH			
  6 118001 031092 GALVUS MET® 50 mg/1000 mg Boîte de 60 comprimés pelliculés PPV : 390.00 DH			
L 092057212 P 21002 PPV 200DH 00 20,00 L 092057212 P 36,20 PPV 36DH 21			
Total			842,60