

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 :

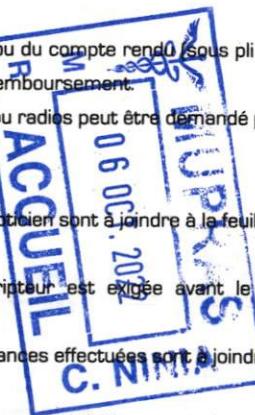
- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les mois.



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



de Maladie

073471

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2169 Société : 132255

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AOUAD Marwa

Date de naissance : 22/12/54

Adresse : 4, Rue Salomon de Rothschild - Avenue

Casa

Tél. : 06.6059.19.48 Total des frais engagés : 49,00 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.

Je teste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare maîtrise de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : 27/08/2012

Adresses Mails utiles

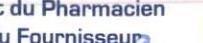
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

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 DU JASMIN Mme. AMRANI Rajaa 61, Avenue 2 Mars - CASA Tél : 05 22 81 17 67	27/08/22	49,20

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS PROFESSIONNELS

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

Important:

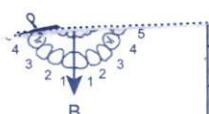
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

avoir pris contact [Création, remont, adjonction]
Fait à : thérapeutique, nécessaire à la profession
Signature de l'adhérent(e) :



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE DU JASMIN

MME LAMRANI RAJAE

61 AVENUE 2 MARS CASA

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 37917365

N° R.C. : 252269

N° ID.F. : 40463608 N° ICE:

N° CNSS : 2266139

Tel : 0522811767

Fax : 0522836542

ICE
001448442000041

Mme AOUAD MARIA

Le : 27/08/2022

FACTURE N°: 167886/22

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	INONGAN POMMADE	13.20	13.20
1	DOLIPRANE 1 G X 10 CP	14.00	14.00
1	ASPEGIC 100 20 SACHETS	21.80	21.80

TVA 7%:

3.21

Total :

49,00

INDICATIONS :

Douleurs rhumatismales - Douleurs du cou et du torticolis - Douleurs d'origine musculaire et ligamentaire - Massages sportifs.

MODE D'EMPLOI :

Onctions légères de la zone douloureuse. A répéter plusieurs fois par jour si nécessaire.

A.M.M. N° : 265

P.P.V. : 13,20 DH

PPV:14DH00

PER:01/25

LOT:L367

ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
P.P.V : 21DH80
LOT : 21E008
PER : 05/2022
6 118000 061113

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUARANTE NEUF DIRHAMS

صيادلة الجاسمين
PHARMACIE DU JASMIN
Mme. LAMRANI Rajaa
61, Avenue 2 Mars - CASA
tel: 05 22 81 17 67