

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.

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0375 Société : RAY

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Delaitée

Nom & Prénom : HAFARY Fatima

Date de naissance : 14/05/69

Adresse :

Tél. 0522484946 Total des frais engagés : 206,40€ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/01/23

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC ☐ Pathologie

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : CHANE

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Prélèvement des Actes
23/01/23			GRATUIT	

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MANAR CASA S.A.R.L.A.U. Av. Mehdi Ben Berka Bourgogne Casablanca - Tél 03 22 26 13 72	23/01 2023	206,40

[illegible][illegible]

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

BON DE LIVRAISON N° 560 230

HAFFARY FATIMA

Désignation	Qté	Prix Unit.	Remise	Montant
CARTEOL LP 2% COLLYRE	3	68,80	0,00	206,40
Nombre de lignes : 1			Total	206,40

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040
LOT/عيار H8475
FAB/تاريخ الإنتاج 05-2022
EXP/تاريخ الانتهاء 04-2024
PPV: 68,80 DH

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040
LOT/عيار H8475
FAB/تاريخ الإنتاج 05-2022
EXP/تاريخ الانتهاء 04-2024
PPV: 68,80 DH

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040
LOT/عيار H8475
FAB/تاريخ الإنتاج 05-2022
EXP/تاريخ الانتهاء 04-2024
PPV: 68,80 DH

PHARMACIE EL-MANAR
CASA S.A.R.L. A.U.
48, Av. Mehdi Ben Berka Bourgogne
Casablanca - Tél 05 22 26 13 72