

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie *M22*
M22- 0014156 *184390*

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *Mme Bouzid Fatma*

Date de naissance : *21/01/1940*

Adresse : *yasmine I Rue 2 N° 51 fin chaf casa*

Tél. : *05 22 50 23 17* Total des frais engagés : 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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *27/01/2023*

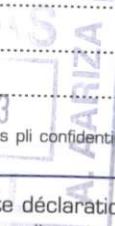
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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
<i>Pharmacie Al Abdellatif L'AHRICH Bd. Amgala Al Chock Al Inara Casablanca Tunisie</i>	21/11/23	719,30
5264 - 05 22 21 71 92		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

PHARMACIE AL OSRA

LAHRICHI Abdellatif

52-54, Bd. Amgala Hay Yasmina 1

Al Inara - Ain Chok - Casablanca

Tél. : 21.71.92



صيدلية الأسرة

لحريشي عبد اللطيف

شارع امكالة حي ياسمينة 1

الأنارة - عين الشق - المغرب

الهاتف : 21.71.92

Pharmacie AL OSRA
LAHRICHI Abdellatif
52-54, Bd. Amgala Ain Chok Al Inar.
Tél.: 05 22 21 71 92 - Casablanca

FACTURE

N° 002406

Casablanca le 21/11/23

Mme Bouzid FATHI

Quantité	DESIGNATION	P. U.	TOTAL
6	Digiforme 1/18	21,00	126,00
5	Glema 4%	68,80	344,00
12	NOVORTAF 150	11,60	132,00
11	Trinox a forte/10	17,30	17,30
1	ARRÊTÉE la présente facture à la somme de Sept cent dix-neuf Dirhams et 30 centimes		
	Pharmacie AL OSRA LAHRICHI Abdellatif 52-54, Bd. Amgala Ain Chok Al Inar. Tél.: 05 22 21 71 92 - Casablanca		
	TCE : 001669312000020		719,30

PPV 21DH00
PER 06/26
LOT M2267

PPV 21DH00
PER 06/26
LOT M2117

PPV 21DH00
PER 06/26
LOT M2117

PPV 21DH00
PER 05/26
LOT M1511

PPV 21DH00
PER 06/26
LOT M2117

PPV 21DH00
PER 06/26
LOT M2207

PPV 68DH80
PER 07/25
LOT M2388

PPV 68DH80
PER 04/25
LOT M1324

PPV 68DH80
PER 04/25
LOT M1324

PPV:68DH80
PER:07/25
LOT:M2388

LOT : 2252
PER : 05/25
PPV : 116,00 DH

PPV:68DH80
PER:07/25
LOT:M2388

LOT : 2252
PER : 05/25
PPV : 116,00 DH

30
Comprimés pelliculés

30
Comprimés pelliculés

LOT : 1313
PER : 01 - 28
P.P.V : 17 DH 30