

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- 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

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3510 Société : R.A.R. ND ND ND X

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Noureddine Mohamed DOUNI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666268795 Total des frais engagés : 37,39 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : El N. Aoui Fatima et Noureddine

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

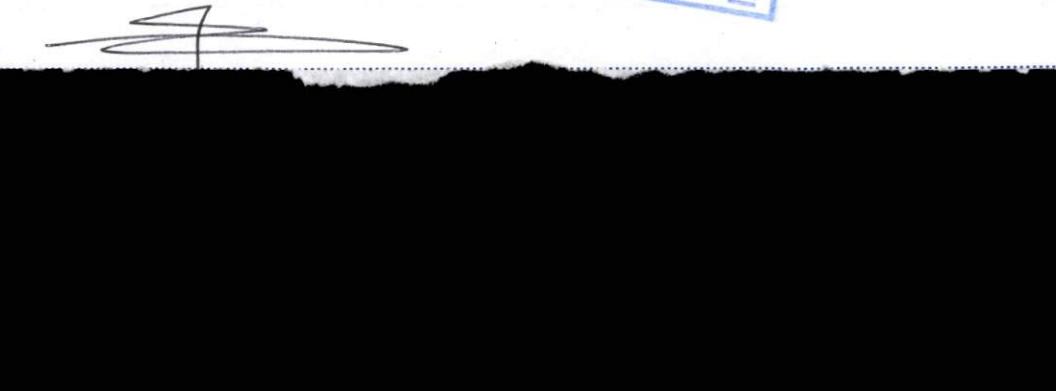
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca Le : 04/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :



PHARMACIE DU METRO STALINGRAD

4 boulevard de la Chapelle

75018 PARIS

TEL :

FA240018442 POSTE4

le : 07/03/2024

Op : 2 15:17

Produit	Qté	A régler	Total
---------	-----	----------	-------

Vente du 07/03/24 240018442

pour CLIENT

ATENOLOL SDZ

100MG CPR BT90 1 15,67 15,67

LEVOTHYROX 25AG

CPR SEC PLQ

PVC/ALU/90 1 4,35 4,35

LOSARTAN SDZ

100MG CPR BT90 1 13,29 13,29

*HONOR. REMBOURS. 1 0,51 0,51

*HONOR. SPECIFIQ. 1 3,57 3,57

Sous total en EUR 37,39

Net à payer en EUR 37,39

Dont TVA : 0,77

07/03/2024 Espèces en EUR 37,39

Nombre d'articles : 3

Montant des Honor. de Disp. 12,36

Pharmacie du Métro
4 Boulevard Stalingrad
75 018 Paris Chaptalé
Tél: 01 40 05 10 47
N° 75 20 45 20 3