

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-442683

S

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **06402**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **AKERZOUL DRISS**

Date de naissance : **09-02-1965**

Adresse : **55 RUE 11 LOT 62 WATHDA I DEROUA**

Tél. : **0673725431** Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **05-08-2010**

Nom et prénom du malade : **AKERZOUL NONCEF**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : **Fevre post Vaccin**

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'adjudicataire de la Mutuelle.

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

Fait à :

CMN

Le : **05/09/19**

Signature de l'adhérent(e)

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-442683

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/08/14	Chy		300,00	INP : 06 N 2 B 158101

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
145332532083 DCU N° 1 Deroza sedi au 145332532083	05/08/19	3280 1 30786

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

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 canalaire, ainsi que le bilan d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉ

Berrechid le 05/08/2019

ORDONNANCES

Houcif A Kergaouf

970

1) do Poprane Suppo 150 mg

PPV	9D H 70
PER	01 / 22
LOT	1048

09,70

22,60 1 Suppo 16 P.

2) Brufen Syrop 100 mg

1 ddp 3x

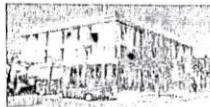
 PPV (DH) :
 Lot N° :
 UT. AV :

92,60

BRUFEN®
 100 mg/5 ml Euprofène
Suspension pédiatrique

32,60

 Pharmacie PRINCE ALBERT
 SARL au
 N° 1 Deroua
 22532083
 Dr. FERJANI
 Béni Mellal
 0522325883
 Clinique IBN ZOHR
 46, Lot El Amal - Berrechid

RECU DE VERSEMENT

DATE : 05/08/2019

Nom et prénom : A. Kenzouh Mousaif

Prestations : \$

Honoraire : 300,00 (DH)

N° de téléphone : 06.73.72.54.31

Nom assurance ou mutuelle : M.Y.P

Medecin : Dr. Mounir

CIN :

Signé :

مصحة ابن زهر
Clinique IBN ZOHR
جامعة EL AMAL - Berrechid

Centre
Monétique
Interbancaire

05/08/19 17:04:38
9900635336
96353301
CLINIQUE IBN ZOHR
Berrechid

A0000000041010
APP : MASTERCARD
AKERZOUL DRISS
xxxxxxxxxxxx2314
09/22 CARTE NATIONALE
9B731FBDFB80BE75
220-0-9999-1-55

MONTANT : 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 003
NUM AUTORISATION : ON2862
STAN : 000624

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT