

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.



Declaration de Maladie

N° W19-423783

ND: 34106

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9403

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ben Ezzedine YASSINE

Date de naissance : 17.01.73

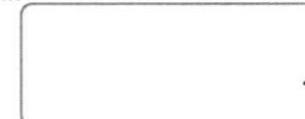
Adresse : lot central park N°16 Boug Rouda

Tél. : 0663608602

Total des frais engagés : 42,50

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/02/20

Nom et prénom du malade : _____ Age: _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

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'at: médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casablanca le 22 JUIL 2020
Signature de l'adhérent(e) : _____

Le : 10.02.20



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
				INP : []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHOKE Dr ZINE ELABIDINE Zakia Km 14 Douar Ouled Malek Boukoura Casablanca [Signature]	10/08/2022	42,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	[]
MONTANTS DES SOINS	[]
DEBUT D'EXECUTION	[]
FIN D'EXECUTION	[]
COEFFICIENT DES TRAVAUX	[]
MONTANTS DES SOINS	[]
DATE DU DEVIS	[]
DATE DE L'EXECUTION	[]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

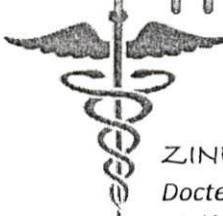
H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

PHARMACIE CHOKR



ZINE EL ABIDINE Zakia

Docteur en pharmacie

Diplômée de la Faculté De Pharmacie

De Monastir - Tunisie

Le: 10/10/2020

Facture N°: 009

Quantité	Designation	PPM	TOTAL
1	Febred.	21,00	21,00
1	Migra lgine.	21,50	21,50
<div style="text-align: center;"> PPV:21DH50 PER:12/20 LOT:H2598 </div>			
<div style="text-align: right;"> PHARMED LOT :6552 UT.AV:12-22 PPV:21DH00 </div>			
PHARMACIE CHOKR Dr ZINE EL ABIDINE Zakia Km 14 Douar Oued Malek Bouskoura Casablanca TAI 0522-59-03-81			
Arrêtée la présente facture à la somme de : Quarante Deux Dirhams et cent quatre centimes		TOTAL : 42,50	

INPE:

092081355

Route 3011 km 14 - BOUSKOURA NOUCER ▲ TEL : 0522-59-03-81

R.C : 345456 ▲ PATENTE : 32915107 ▲ BANQUE : ATTIJARI OASIS / cpte N° : 0117D000000335

ICÉ : 092081355