

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

237092

Optique

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4280

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : KHANATI

Date de naissance : 1974

Adresse : Résidence IBN SINAN IMM. B1/3 APP. 49

Extension Dakhla Ben Abdir

Tél. : 06 60 598 588

Total des frais engagés : 146,90

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 médicinal conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente d'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnel
Fait à : / / Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-767165

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e)

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FAICEL Dr. HAMMEHDI 1042, Ex. Dakhla AGADIR Tél : 05 28 23 83 83 INPE : 042028068	22/11/2018	146.20

ANALYSES - RADIOPHOTOS

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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

BELLEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature de l'important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <u> </u>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
D.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
	$ \begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} $	H	G	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	B		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN A

Facture N° 20221022-987

Date de vente : 22/10/2022

Médecin traitant :

KHNATI TOURIA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
APAZIDE CO 200MG B16 GELULES	1	19,70	TVA (7.00%)	19,70
DOLIPRANE CO 1000MG B8 COMP EFFER	1	14,60	TVA (7.00%)	14,60
ZENTEL CO 400MG B1 COMP	3	37,30	TVA (7.00%)	111,90

Total HT	136,64 DHS
TVA	9,56 DHS
Total	146,20 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cent quarante-six DHS et vingt centimes

