

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

- Reclamation : 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.

N° W21-662274

192145

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 7008		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HABIT KELLO			
Date de naissance : 14 09 57			
Adresse : HABIT KELLO			
Tél. : 6661373313		Total des frais engagés : 100 Dhs	

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KTIRI JADYAD Age: 66 ANS

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

KTIRI JADYAD
DIABETE

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 : 02/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

KTIRI JADYAD

Le : 02/11/2023

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-662274

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).

Matricole : 7008

Nom de l'adhérent(e) : KTIRI JADYAD

Total des frais engagés : 100 Dhs

Date de dépôt : 02/11/2023

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
<i>Abuerrra Sidi Hédi 06 92 82 90 000041 - RG 37</i>	02/11/93	10 23,00

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

VOLET ADHERENT

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

RELEVE															
Le praticien est dans le cas de ...															
Import	Sanofi-aventis Maroc	2022-06-24	PPC: 139.50 Dhs												
Veuillez	Route de Rabat-R.P.1. Ain sebaâ Casablanca	2024-03-23	(01) 26064214												
SOINS	Lantus 100U/ml Inj b6 sty	26064214	LOT (01) 2024-03-23												
	P.P.V : 744,00 DH	ser	UDI												
	118001 081619		2022-06-24												
		MONTANTS DES SOINS 													
		DEBUT D'EXECUTION 													
		FIN D'EXECUTION 													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
		<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	G														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
B															
		COEFFICIENT DES TRAVAUX 													
		MONTANTS DES SOINS 													
		DATE DU DEVIS 													
		DATE DE L'EXECUTION 													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Facture N° 20231102-347

Date de vente : 02/11/2023
Médecin traitant :

KTIRI JAOUAD

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
LANTUS SOLOSTAR IN 100UI/ML 3ML B5 STYLOS INJECTABLES GM	1	744,00	Exonéré (0.00%)	744,00
ACCU-CHEK ACTIVE BANDELETTES B25	2	139,50	TVA (20.00%)	279,00
Total HT		976,50 DHS		
TVA		46,50 DHS		
Total		1 023,00 DHS		

Arrêté la présente facture à la somme de : **mille vingt-trois DHS**

Société Pharmacie
Bensaid Abderrahim
23 Bis, Av. Amir Sidi Med, Karia
Salé - Tél: 05 37 82 90 53
ICE 00317999000041 - RC 37135