

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-28 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

194490

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

552

Société :

RAD

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraite

Nom & Prénom :

OTTER RADI ALMERRAHDANE

Date de naissance :

1/1/1938

Adresse :

302 rue Zeultrou ARTS

Tél. :

066 518 1922

Total des frais engagés :

172.70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :



DEVISE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Q.C. des Actes	Nature des Actes	Impôts et TVA suffisant	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
	02/02/2024	172,70

ANALYSES - RADIographies

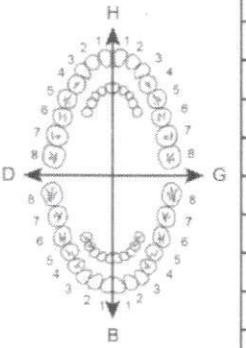
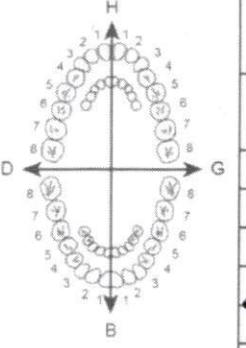
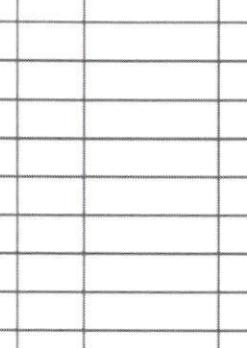
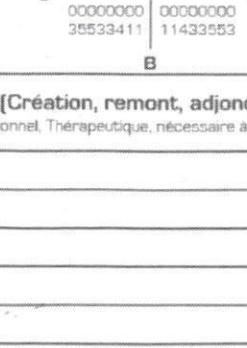
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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.

 <p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	COEFFICIENT DES TRAVAUX													
 <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	00000000	11433553	MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412	21433552											
	D	00000000	00000000											
	B	00000000	35533411											
	G	00000000	11433553											
 <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>	COEFFICIENT DES TRAVAUX													
 <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>	MONTANTS DES SOINS													

PHARMACIE CROIX DU SUD
MME KTIRI JOUNDY FATHIMA
62 RUE MED SEDKI
CASABLANCA
Taxe Profes. N°: 35424065
N° R.C. : 372691
N° ID.F. : 20763230 N° ICE 001727771000005
N° CNSS : 1175638
Tel : 022277534
Fax : 022208027

MR CHERRADI ABDERRAHMANE

I.C.E. :

Le : 02/02/2024

FACTURE N°: 10644/24

Qté	Désignation	Prix	Montant
2	ASPEGIC 100MG /20 SACHETS	21.80	43.60
1	TANAKAN 40MG /30CPS	71.30	71.30
1	TORVA 10MG B30	57.80	57.80

TVA 7%: 7.52 Total : 172,70

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CENT SOIXANTE DOUZE DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

