

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 d'à caractère personnel.

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

Déclaration de Maladie

N° W19-420731

53678



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		<input type="checkbox"/> Autres
Matricule : 11590		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Société : RAT
Nom & Prénom : ADIL Aman		
Date de naissance : 03/03/1981		
Adresse : 10000		
Tél. : 0622912481		Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : 28 DEC. 2020	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : / /	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : 28/12/20

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29/12/20



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 : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/12/20	14.60

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
		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.

	COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>												
	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>												
	DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>												
	FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>												
	COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>												
	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>												
	DATE DU DEVIS	<input type="text"/>												
	DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>												
	DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	<table border="0"> <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>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
	H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000												
B	35533411	11433553												
G														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	<input type="text"/>													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	<input type="text"/>													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	<input type="text"/>													



PHARMACIE AL KINDI
48, RUE1, LOTISSEMENT HAFDIA, LES CRÈTES

DR.TAOUIK BARAZZOUK
DOCTORAT EN PHARMACIE
D.E.U.S. DE PHARMACIE CLINIQUE
CODE INPE : 092006857

R.C :304628 Patente:34024544
T.V.A :51011560 C.N.S.S:6728474
Banque:190 780 21211 59663690018 91
Tél :0522507257

FACTURE N°93868

N° ICE : 000495280000054

AMAL ADIL

N° IF : 51011560

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
2	DOLIPRANE SACHETS 500MG	14,40	28,80	1,88	7,00
1	DOLIPRANE COMP EFFERV 500MG	15,80	15,80	1,03	7,00

PHARMACIE AL KINDI
Dr. Taoufik BARAZZOUK
48, Rue 1, Lot Hafdia
Les Crêtes, Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 50 72 57

15,80
PPV 15 DH 80
PER 01/22
LOT 1003
14,40
PPV 14 DH 40
PER 09/22
LOT 12191
14,60
PPV 14 DH 40
PER 04/21
LOT H947

TOTAL T.T.C : 44,60

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant	TVA 20% Base :	Montant
	44,60	2,91		

Arrêté la présente facture à la somme de :
Quarante Quatre Dirhams et 60 centimes.