

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être clairement 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 canalaire, 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 canalaire.

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 : 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-477023



| | | |
|---|--|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) 02625 | | |
| Matricule : 4008 | Société : BAM | <input type="checkbox"/> Autres |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : KTIRI JAOVAD | | |
| Date de naissance : 14 09 57 | | |
| Adresse : HABITUEUE | | |
| Tél. : 06613773313 | Total des frais engagés : 57,90 Dhs | |

| | | |
|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | |
| Cachet du médecin : | | |
| Date de consultation : | | |
| Nom et prénom du malade : DIABETE ET TENSION | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | |
| Nature de la maladie : KTIRI MINA NE SADY MUPRAS | | |
| 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 : LAZ Le : 26 FEV 2013 | | |
| Signature de l'adhérent(e) : KTIRI JAOVAD | | |

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

24/02/2022

Montant de la Facture

691,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

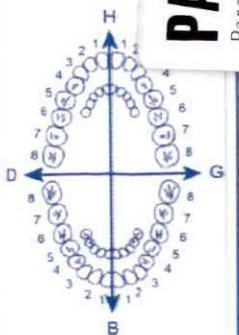
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Le praticien est :
Important : Veuillez joindre le

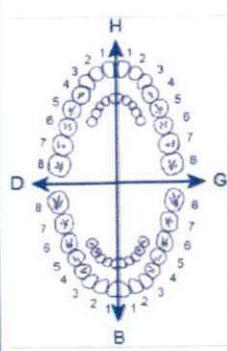
SOINS DENTAI

PANALGIC® 500 mg/50 mg
Paracétamol-Catéchine
16 Comprimés

15,00



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

imés pelliculés à libération prolongée 30
LOT : 171230 PER : 09-22
PPV : 29, 30DH

6 118001 031085
GALVUS MET® 50 mg/850 mg
Boîte de 60 comprimés
PPV : 390.00 DH

97,00

Redlip 20 mg
Simvastatine

30 comprimés pelliculés

28 قرض

LOT : 014
PER : SEP 2022
PPV : 140 DH

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Facture N° 20200224-529

Date de vente : 24/02/2020

Médecin traitant :

MINA KTIRI

Maroc

| Produit | Qté. | P.U | TVA | Total |
|-----------------------------------|------|--------|-----------------|--------|
| GALVUS MET CO 50MG/850MG B60 COMP | 1 | 390,00 | Exonéré (0.00%) | 390,00 |
| VALPHI CO 160MG B28 COMP | 1 | 140,00 | Exonéré (0.00%) | 140,00 |
| REDLIP CO 20MG B30 COMP | 1 | 97,60 | Exonéré (0.00%) | 97,60 |
| GLOMERID CO LP 1.5MG B30 COMP | 1 | 29,30 | Exonéré (0.00%) | 29,30 |
| PANALGIC CO 500MG B16 COMP | 1 | 15,00 | TVA (7.00%) | 15,00 |

GALVUS MET CO 50MG/850MG B60 COMP

STARVAL 160 MG
en RUPTURE -

Remboursé

par VALPHI Arrêté la présente facture à la somme de : six cent soixante et onze DHS
et quatre-vingt-dix centimes

| | |
|--------------|-------------------|
| Total HT | 670,92 DHS |
| TVA | 0,98 DHS |
| Total | 671,90 DHS |

