

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° W19-476410

Connue

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire 25232	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4180		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KHNATI TOUREYA			
Date de naissance : 16/09/1956			
Adresse : Résidence Ibnou Sina IMN B1/3 APP 49 Extension DAKHLA - AGADIR.			
Tél. : 0660598588		Total des frais engagés :	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : Docteur BENJELLOUN El Mostafa CARDIOLOGIE Immeuble Tinmel Av. des FAR AGADIR - TÉL: 028 84 37 37	
Date de consultation : 20/09/2011	
Nom et prénom du malade : Khnati	
Lien de parenté : Immeuble Tinmel Av. des FAR 37/37	
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint	
Nature de la maladie : Diabète	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Mano 2011	
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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **AGADIR** le : **15 MARS 2020**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-476410

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

Matricule : **4180**

Nom de l'adhérent(e) **KHNATI**

Total des frais engagés :

ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
37 Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	INP : 041022807
Docteur BENJELLOUN El Mostafa CARDIOLOGIE Immeuble Tinmel AV. des FAR GADIR - Tel: 028 84 37 37			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LAMED PARA R47 Rue Yakoub El Mansour Talborjt AGADIR Tel 05 28 82 13 93	4/3/2020	720,00

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
		AM	PC	IM	IV	

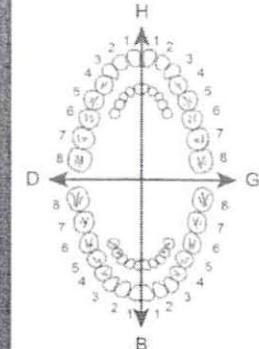
VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <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>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des Travaux <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montants des Soins <input type="text"/>												
				Date du devis <input type="text"/>												
				Date de l'exécution <input type="text"/>												
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE												

LAMED PARA

LAMED

0528821393

R47 Rue Yacoub El Mansour Talborjt , Agadir

Facture N° 20200304-990

Date de vente : 04/03/2020

Médecin traitant :

Mme KHNATI TOURYA

AGADIR, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ACCU-CHEK PERFORMA BANDELETTE B50	4	180,00	TVA (20.00%)	720,00

Total HT	600,00 DHS
TVA	120,00 DHS
Total	720,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : sept cent vingt DHS

LAMED PARA
R47 Rue Yacoub El Mansour
Talborjt AGADIR
Tel 05 28 82 13 93

LOT

477765



2020-06-30



ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Test Strips

For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

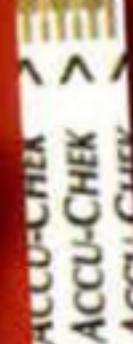
Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connect

Accu-Chek® Performa Combo



IVD



Roche

REF 06454011200



Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116

68305 Mannheim, Germany

www.accu-check.com

Made in U.S.A.



LOT

477765



2020-06-30



ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Test Strips

For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connect

Accu-Chek® Performa Combo



IVD



Roche

REF 06454011200



Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116

68305 Mannheim, Germany

www.accu-check.com

Made in U.S.A.



LOT

477765



2020-06-30



ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Test Strips

For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

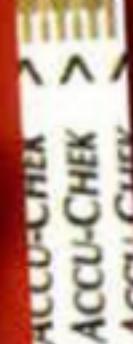
Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connect

Accu-Chek® Performa Combo



IVD



Roche

REF 06454011200



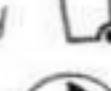
Roche Diabetes Care GmbH

Sandhofer Strasse 116

68305 Mannheim, Germany

www.accu-check.com

Made in U.S.A.



LOT

477765



2020-06-30



ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Test Strips

For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

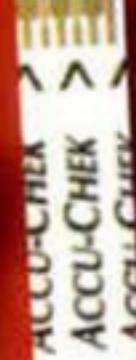
Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connect

Accu-Chek® Performa Combo



IVD



Roche

REF 06454011200



Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116

68305 Mannheim, Germany

www.accu-check.com

Made in U.S.A.

