

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-645864

83596

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	07730	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RAM
Nom & Prénom : FADIL cdabareed			
Date de naissance : 14-12-1956			
Adresse : Habi fielle			
Tél. : 06043313 03		Total des frais engagés : 3850 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input checked="" 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.			

A Chat libre

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 : 864 Rabat
Signature de l'adhérent(e) :
Le : 04/08/2021

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  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</th> <th>Date</th> <th>Montant de la Facture</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INPE 062045018</td> <td>24/08/2018</td> <td>38,50</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>					Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	INPE 062045018	24/08/2018	38,50																				
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture																																					
INPE 062045018	24/08/2018	38,50																																					
.....																																					
.....																																					
.....																																					
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</th> <th>Date</th> <th>Désignation des Coefficients</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>					Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires															
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires																																				
.....																																				
.....																																				
.....																																				
.....																																				
AUXILIAIRES MEDICAUX <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Cachet et signature du Particien</th> <th rowspan="2">Date des Soins</th> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>					Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					Montant détaillé des Honoraires																																
		AM	PC	IM	IV																																		
.....																																		
.....																																		
.....																																		
.....																																		

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 de l'ODF.																																
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																												
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																												
				MONTANTS DES SOINS																												
				DEBUT D'EXECUTION																												
				FIN D'EXECUTION																												
					DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																											
					<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		G		00000000		00000000		35533411		11433553		B			
					H		G																									
					25533412	00000000	21433552	00000000																								
					D		G																									
00000000		00000000																														
35533411		11433553																														
B																																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																
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																																

PHARMACIE NASSIM EL BAHR
MR BADR EL HARTI
6 LOT NASSIM EL BAHR SIDI RAHAL CHATHI

Tél : 0522969008

Patente N°: 55732128
N° R.C. : 13554
Compte :
CNSS : 8752687
Id.Fiscale : 23047131
ICE : 001654417000017

Le : 04/09/2021

FADIL MOHAMED

M4-07739

38,50

FACTURE : 64816 du : 04/09/2021

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	MALTOFER 100MG / 30 CP	38,50	38,50	7,00%
	Total TTC		38,50	
	Droits de timbre		0,00	
	Net à payer		38,50	

Arrêtée la présente facture à la somme de : TRENTE HUIT DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	35,98	2,52	38,50
		35,98	2,52	38,50

