

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 : 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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-662098

par courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3718**

Société : **R.A.M**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **KANDOU L Hassan**

Date de naissance : **30/09/1952**

Adresse : **Lot 612 quartier SAYADI**

Kenitra

Tél. **06 01 27 82 82** Total des frais engagés : **115,50** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : **03/12/21 Kenitra**

Le : **03.12.21**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

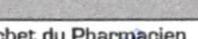
Déclaration de maladie N° W21-662098

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
 Lotissement Azzouzi lot N° 363 - Kifra 10-03-2020	03/12/21	115,50

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 de l'ODF.																													
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																								
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>																									
		MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>																									
		DEBUT D'EXÉCUTION		<input type="text"/>																									
		FIN D'EXÉCUTION		<input type="text"/>																									
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		<hr/>			D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		
H		G																											
25533412	21433552																												
00000000	00000000																												
<hr/>																													
D		G																											
00000000	00000000																												
35533411	11433553																												
B																													
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>																									
		MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>																									
		DATE DU DEVIS		<input type="text"/>																									
		DATE DE L'EXÉCUTION		<input type="text"/>																									

PHARMACIE AZHAROUN
DR ZARHLOUL KHADDOUJ
363 LOT AZHAROUNE 14070 KENITRA

Patente N°: 20114623
N° R.C. : 39130
Compte : 2121192119850001
CNSS : 6803242
Id.Fiscale : 28966390
ICE :

Tél : 0537350020

Le : 03/12/2021

Pharmacie Azharoune
Lotissement Azharoune
lot N° 363 - Kénitra
Tél : 05 37 35 00 20

FACTURE : 62340 du : 03/12/2021

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	DOLIPRANE 500 MG COMPS EF	15,80	47,40	7,00%
3	RINOMICINE SACHETS.10	22,70	68,10	7,00%
Total TTC			115.50	

Arrêtée la présente facture à la somme de :CENT QUINZE DIRHAMS ET SOIXANTE DIX NEUF CTS

Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	107,94	115,50
	107,94	7,56	115,50

Pharmacie Azharoune
Lotissement Azharoune
lot N° 363 - Kénitra
Tél : 05 37 35 00 20

15,80

15,80

PPV 150 H 80
PER 03 / 24
LOT K 946

PPV 150 H 80
PER 07 / 24
LOT K 1839
S 2