

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-512973

105482



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10533

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RABAAWA

ASOCIAFF

Date de naissance : 25-06-52

Adresse : Casablanca

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BAILLES, SMADI A Age :

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 :

Le : 25/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :



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 : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MENDOU	10/12/1982	1112.50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

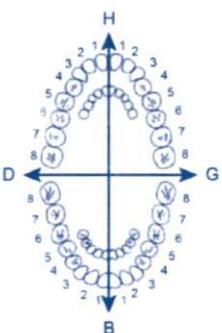
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

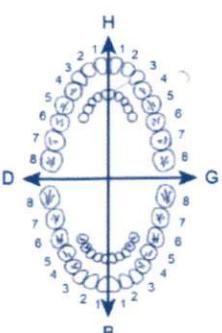
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Facture n° 20220110-466

Mme. BOUHESS SAADIA

Maroc

Date de vente : 10/02/2022

Médecin traitant :

	Qté.	P.U	TVA	Total
METFORMINE WIN CO 1000MG B30 COMP	6	19,90	Exonéré (0.00%)	119,40
AMAREL CO 2MG B30 COMP	3	60,40	Exonéré (0.00%)	181,20
APROVEL CO 150MG B28 COMP MV	1	158,30	Exonéré (0.00%)	158,30
APROVEL CO 300MG B28 COMP MV	3	218,00	Exonéré (0.00%)	654,00

Total HT 1 112,90 DHS

TVA 0 DHS

Total 1 112,90 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : mille cent douze DHS et
quatre-vingt-dix centimes

INPI : 092042332

Doktor MENDOUR Houda
Tunisie C. N. 33 El Hamdia
Sidi Bernoussi El Qods
Casablanca - Tel: 05 22 73 40 40

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebâa Casablanca
Aprovel 150 mg, cp b 28
P.P.V : 158,30 DH

6 118001 080892

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebâa Casablanca
Aprovel 300 mg, cp b 28
P.P.V : 218,00 DH

6 118001 080908

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40

6 118000 060031

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40

6 118000 060031

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40

6 118000 060031

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

P.P.V : 190DH90

6 118000 062141

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

P.P.V : 190DH90

6 118000 062141

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

P.P.V : 190DH90

6 118000 062141

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

P.P.V : 190DH90

6 118000 062141

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

P.P.V : 190DH90

6 118000 062141

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

P.P.V : 190DH90

6 118000 062141