

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° W21-693500

MS 277

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	535	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BOUJLIL Jilali
Nom & Prénom :			
Date de naissance :	1545		
Adresse :	Lotissement RUE 8 N° 8 Hay Hassan	CP. 20 830 Casab	
Tél. :			
Total des frais engagés : Dhs			

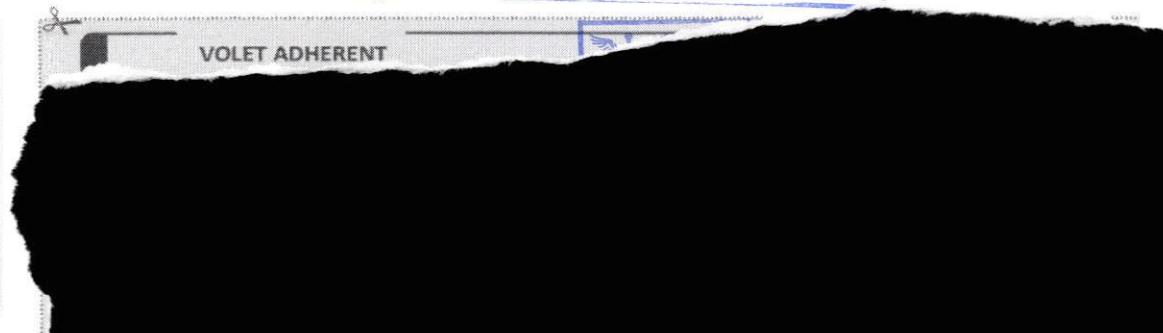
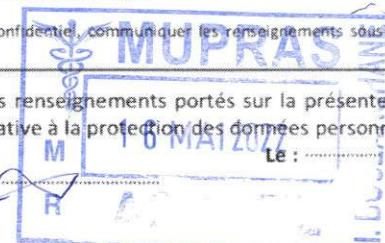
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" 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.	

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 :

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
11/12/22			600	INP : 1111111 SIDI EL KHADIR HASSANI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur ASMAA	Date	Montant de la Facture
Ste PHARMACIE ASMAA S.A.R.L AU Lotissement Nour Lel N°98 RDC Sidi Elkhadir Hay Hassani, Casab	11/04/22	724,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

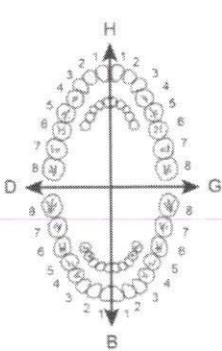
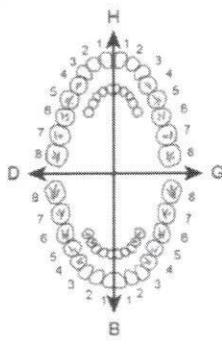
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	Coefficient des travaux <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H 25633412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>			

Ordonnance

Casablanca, ... oublie...
... oublie...

N° Tonjir Omani

ff. 10 X 3

78,70

Diahtimbo

78,70

Ste PHARMACIE ASMAA
Bd. EL HADJ AU
Loyerment tour La N°58 RDC
Sidi El Khadir Hay Hassani, Casab

107,60 X 2 + din levant
2) May. 1

m²

03 m²

+ m²

1 apres

ff. 1,00 X 3 + levant

LOT	211103
EXP	04 2024
PPV	107.60

3 Materiel

724,130 + din

91,00

91,00

91,00

Ang, Bd.BOUCHAIB REDDAD et Bd.OUED SEBBOU

Tél.: 05 22 90 76 56. Fax : 05 22 89 05 54

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT HAY HASSANI
HOPITAL AL HASSANI

Reçu de M.

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
.....		6010
.....		
Total		

Quittance

N° 478889

REGISTRE DE RECETTES

Cachet du Service

Le,

4/4/22

Signature du Régisseur