

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.

Nº W21-648302

190465

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

05676

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL MECHRAFI YOUSSEF GOUHAR

Date de naissance :

17/01/1952

Adresse :

MAINTUELLE

Tél. : LE MÊME

Total des frais engagés : 142,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

/

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

17 JUIN 2022

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 : MARRAKECH

Le : 09/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
Dr. Nabila PELLAS INPE : 102040052 Tél : 05 61 75 62 25 0808 54 46 20	21/01/22	142,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

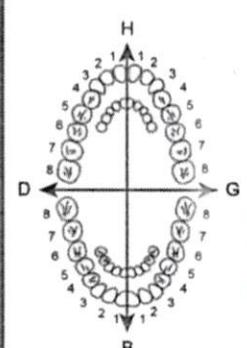
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

OCHEMEMENT DES TRAVAUX	[REDACTED]															
MONTANTS DES SOINS	[REDACTED]															
DEBUT D'EXECUTION	[REDACTED]															
FIN D'EXECUTION	[REDACTED]															
COEFFICIENT DES TRAVAUX	[REDACTED]															
MONTANTS DES SOINS	[REDACTED]															
DATE DU DEVIS	[REDACTED]															
DATE DE L'EXECUTION	[REDACTED]															
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></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
D	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
B																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	[REDACTED]															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	[REDACTED]															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	[REDACTED]															

PHARMACIE LES LILAS

Dr. Nabila FSIHI

Rue Bani Obeid (sur Av. Akrach)

Près Direction des Equipements Publics

Nahda II - Rabat

Tél. : 05 37 75 62 73 - Fax : 05 37 63 95 80

R.C. N° 50092 - C.N.S.S N° 2333970

Patente N° 25920517 - I.F N° 34515540

COMPTE BMCE BANK RABAT

Rib N° 011.810.0000.43.210.00.60293.50

FACTURE N° 100065

Rabat, le 02/05/22

M. El Rechrafi

Doit

Qté.	Désignation	P.U.	Montant
1	Coversyl 10	142,70	
	Arrêtez le prochain facture à la pomme de poire gourah dem chikra savant du concombre		

PHARMACIE LES LILAS

Dr. Nabila FSIHI
INPE : 102040052

Tél : 0537 75 62 73
0808 54 46 20



142,70