

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° W21-633660

124456

Prénom

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 7008	Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : KITIRI JAOUAD		
Date de naissance : 14/09/57		
Adresse : HABITATION		
Tél. : 566133313 Total des frais engagés : 551,95 Dhs		

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

KITIRI JAOUAD

Age : 65

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

AVC

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 : SALL

Signature de l'adhérent(e) :

KITIRI

Le : 28/07/2022

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-633660

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 : 7008

Nom de l'adhérent(e) : KITIRI

Total des frais engagés : 551,95

Date de dépôt : 28/07/2022

7008	RAM
02 AOUT 2022	02 AOUT 2022
551,95	551,95

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
	24/01/22	364/90
		INPE : 1020115369

ANALYSES - RADIGRAPHIES

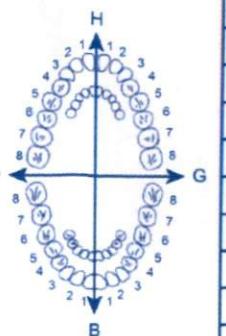
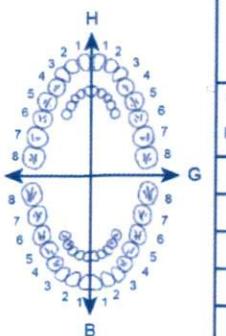
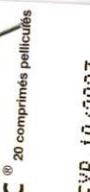
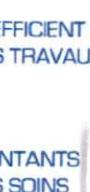
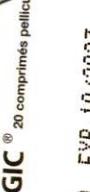
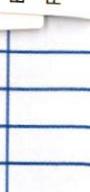
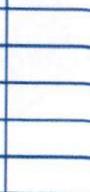
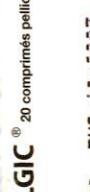
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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.

SOINS DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE 	
POCAVAC® SUN 		MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés 	
COEFFICIENT DES TRAVAUX 		COEFFICIENT DES TRAVAUX 	
MONTANTS DES SOINS 		MONTANTS DES SOINS 	
DEBUT D'EXECUTION 		DEBUT D'EXECUTION 	
FIN D'EXECUTION 		FIN D'EXECUTION 	
COEFFICIENT DES TRAVAUX 		COEFFICIENT DES TRAVAUX 	
MONTANTS DES SOINS 		MONTANTS DES SOINS 	
DATE DU DEVIS 		DATE DU DEVIS 	
6 118001 130191 NATRIXAM 1,5 mg/40 mg 30 comprimés à Libération Modifiée PPV : 87,50 DH		6 118001 130276 OSYNYL 5mg/10mg 30 comprimés pelliculés sécables PPV : 98,10 DH	
PPV: 255 DH 00 		PPV: 255 DH 00 	
PPV: 154 DH 30 		PPV: 154 DH 30 	
PPV: 30 DH 10 		PPV: 30 DH 10 	
PPV: 30 DH 10 		PPV: 30 DH 10 	

Facture N° 20220727-590

Date de vente : 27/07/2022
Médecin traitant :

JAOUAD KTIRI

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ROSVAS SUN CO 20MG B30 COMP	1	255,00	Exonéré (0.00%)	255,00
MYANTALGIC CO 37.5MG 325MG B20 COMP	3	30,00	TVA (7.00%)	90,00
COSYREL CO 5MG/10MG B30 COMP PELLI	1	98,10	Exonéré (0.00%)	98,10
SCITAP CO 10MG B30 COMP	1	154,30	TVA (7.00%)	154,30
COPLAVIX CO 75MG/100MG B30 COMP	1	270,00	Exonéré (0.00%)	270,00
NATRIXAM CO 1.5MG/10MG B30 COMP	1	87,50	Exonéré (0.00%)	87,50

Total HT	938,92 DHS
TVA	15,98 DHS
Total	954,90 DHS

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

Pharmacie BENSAYD
23, B5 AV. Amir Sidi Med Karri-
Tél : 05 37 82 07 52
Marrakech