

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

- 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.

Déclaration de Maladie



N° W21-704747

125264

pour faire

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) Matricule : 2563 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : RETRAITÉ

Nom & Prénom : AHMED CHOUAISSI

Date de naissance : 30-06-1946

Adresse : N° 161, BORG 1 ESSAOUIRA

Tél. : 0661 77109 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 : 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-704747

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
1/1/2022	consult			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cabinet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Nadia ROUANI Dir. du pharmacie 05 24 78 36 11 243 AV. DE LA MOSQUEE	17/05/22	50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/05/22	2	100,00

PPV (DH) :

LOT N°:

UT. AV. :

**pulmofluide®
simple**

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

pulmofluide®
simple

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

pulmofluide® simple

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. : -

pulmofluide®
simple

PPV (DH) :

OT N° :

UNIT AV

pulmofluide®
simple

28/12/22



190,00

Mme El - de G
7 Cat Tabal



(2) Entarby M

10 72,00





عبد الله

FACTURE EXAMEN

Code ANAM : 070005616

N° Compte Courant : 0

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE ESSAOUIRA

Facture Examen Numéro : 6413

Identification :

Index Patient : 21112001-01-346469

N° Examen : 6466

Nom et Prénom : CHENNOUNI AHMED

CIN : BH7492

Adresse :

Lien Parenté :

Nom et Prénom :

N°CIN :

Débiteur :

PAYANT



Date :

Date Examen : 16/05/2022 16:32:00

Détail	N°GAP	Cle	Coef/Séance	Quantité	P.U.	Mt. Ligne
Actes						
TÉLÉRADIOGRAPHIE DU THORAX, QUEL QUE SOIT LE NOMBRE D'INCIDENCES, Y COMPRIS MÉDIASTIN ET CŒUR (AVEC OU SANS OPACIFICATION DESOPHAGIENNE)	T205	Z	16,00	1,00	120,00	120,00
Montant Total :						120,00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CENT VINGT DIRHAM(S)

Montant payé: 120,00

Montant Total : 120,00

Fait à Essaouira le 16/05/2022
16:33:29

Signature du responsable :



C.H.P. ESSAOUIRA

DATE : 16 / 01 / 8092

Reçu de M : Chouaib Aherchel

La somme de (en lettre) Cet Un cent

NATURE DE LA RECETTE	EXE	MONTANT
Facture N°	92	120
.....		
Total		



Quittance

Nº 311222

D

LE REGISSEUR

