

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

- Reclamation : 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° W21-654068

Prise en charge

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3465	Société : 128698		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KACHT YAMNA			
Date de naissance : 01/01/1959			
Adresse : N° 2 RUE 962 SALAM AGADIR			
Tél. : 06 62 17 07 48 Total des frais engagés : 808,80 DH			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Dr. Salah Eddine RAQIN Cardiologue Av. Hassan II, Imm. Ifrane 3 - AGADIR Tél: 06 53 05 00 22 Tél/Fax: 05 28 84 84 10 ICE: 001606391000023 - I.F: 75766116			
Cachet du médecin : 22 JUIL 2022 11:16:56			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : ICACHT YAMNA Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : HTA → hypertension			
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'at/ médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : AGADIR Le : 22/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-654068
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	

RELEVÉ 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
22/01/2022	C 200.6.25.00	3.000,00	NP : NPE : 041118886	DR. S...

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/08/22	Pharmacie RAJAA BP 68200 EL MARZOUI N° 13 RUE Abderrahmane Ben Zidane Hay Essalam AGADIR Tél. : 05 28 23 56 70 INDE : 012040073

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

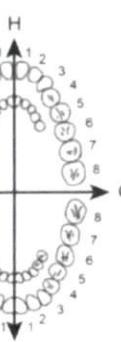
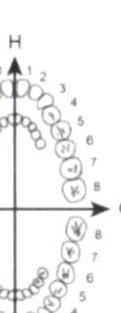
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	DL 2912 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



AGADIR LE : 22/07/2022 : أكادير في :

MME KACHT YAMNA

- **Regime peu salé**
 - **Prezar 50 mg - comprimé pelliculé**
1 Comprimé, soir, pendant 6 mois

Pharmacie KAJAA
Dr. Belkacem EL MARZOUI
N° 13 Rue Abderrahmane Ben Zidane
Hay Essalam - AGADIR
Tél. : 05 28 23 56 70

PPV 84DHB0
PER 04/25
LOT L1574

PPV B A D H 80
PER 04/2
LOT L 157

PPV: 84DH80
PER: 01/25
LOT: L136

PPV: 84DH80
PER: 01/25
LOT: L137

HPV: 84DH80
PER: 01/25
LOT: L137

PPV 84 D H 8
PER 04 25
LOT 11574

Votre R.D.V le :

موعدكم يوم :

Dr SALAH EDDINE RAQIM
CARDIOLOGUE

الدكتور صلاح الدين رقيم
اختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Agadir 22/07/2022

ICE .001606391000023
IF 75766116

NOM KACHT

PRENOME YAMNA

- | | | |
|--------------------------|--|--------|
| <input type="checkbox"/> | <i>Consultation spécialisée</i> | 200.00 |
| <input type="checkbox"/> | <i>Electrocardiogramme</i> | 100.00 |
| <input type="checkbox"/> | <i>Echo-doppler cardiaque</i> | |
| <input type="checkbox"/> | <i>Echo-doppler vasculaire</i> | |
| <input type="checkbox"/> | <i>Echo dobutamine</i> | |
| <input type="checkbox"/> | <i>Holter tensionnel</i> | |
| <input type="checkbox"/> | <i>Holter rythmique 24H</i> | |
| <input type="checkbox"/> | <i>Echo cardiographie trans-œsophagienne</i> | |

TOTAL

300.00

Signature :

AV HASSAN II Imme IFRANE III AGADIR
TEL/FAX: 0528 84 84 10

Nom: KACHT YAMNA
Date de naissance: 01/01/1959
Sexe: Féminin
Poids: -
Taille: -

Identifiant: 0000
Médecin: Cardio DR RAQIM SalahEddine
Raison sociale:
Téléphone:
Temps d'enregistrement: 22/07/2022 10:25:34

1/1

