

# 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-762204

MALADIE CHRONIQUE

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9508

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAMOUNI CHAOUKI

DAM 580

Date de naissance : 30.11.1971

Adresse : VILLA M 46

ALGERIE

Tél. : 0661

Total des frais engagés :

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MAMOUNI CHAOUKI Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

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'adjudication 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 :

Le : 11/10/12

Signature de l'adhérent(s) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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 : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie Populaire</b> Dr. Hicham HALOUI 132 Bd. MSIMA INEZGANE AGADIR Tel : 06 28 63 49 27 - INEZGANE	MIN 01/22	843 Dhs

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

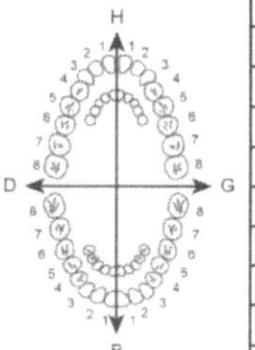
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

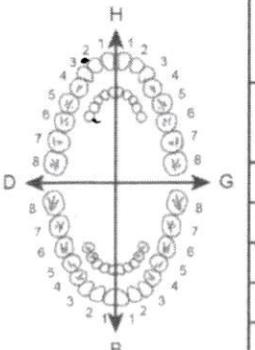
### AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	MONTANTS DES SOINS	
	DEBUT D'EXECUTION	
	FIN D'EXECUTION	
	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	MONTANTS DES SOINS	
	DATE DU DEVIS	
	DATE DE L'EXECUTION	
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE	

	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	H 25533412 21433552	
	00000000 00000000	
	D 00000000 00000000	
	35533411 11433553	
	B	
	G	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

PHARMACIE POPULAIRE  
HALOUI HICHAM  
N° 132 BD KSSIMA



Tél : 028834927

Patente N°: 49304351  
N° R.C. : 2100-94  
Compte :  
CNSS :  
Id.Fiscale : 76922950  
ICE : 001532919000020

Le : 11/10/2022

RADIA LAHRICHI

FACTURE N° : 484634 du : 11/10/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	ULTIBRO 110/50/30 GEL	843,00	843,00	20,00%
Total TTC				843,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : **HUIT CENT QUARANTE TROIS DIRHAMS**

	Taux	HT	TVA	TTC
20.00%	20,00	702,50	140,50	843,00
		702,50	140,50	843,00

