

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-685170

136°

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres												
Cadre réservé à l'adhérent (e)															
Matricule : 0548	Société : Royal Air Maroc														
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :													
Nom & Prénom : Ben Bouattia Moham															
Date de naissance : 30/05/1966															
Adresse : A. H															
Tél. : 0661618189 Total des frais engagés : 579,50 Dhs															
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H. HAKANI</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Cadre réservé au Médecin</td> </tr> <tr> <td>Cachet du médecin : </td> <td>Date de consultation : 14/09/2022</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nom et prénom du malade : R. HAKANI</td> </tr> <tr> <td>Lien de parenté : Fille</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nature de la maladie : R</td> </tr> </table>				H. HAKANI		Cadre réservé au Médecin		Cachet du médecin : 	Date de consultation : 14/09/2022	Nom et prénom du malade : R. HAKANI		Lien de parenté : Fille	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	Nature de la maladie : R	
H. HAKANI															
Cadre réservé au Médecin															
Cachet du médecin : 	Date de consultation : 14/09/2022														
Nom et prénom du malade : R. HAKANI															
Lien de parenté : Fille	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant														
Nature de la maladie : R															
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 : 02/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :



MD



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
PHARMACIE ACH-CHARAF Dr. Beauchra TAOUDI Coopérative Ach-sharaf N°012 Hay Inara Haddaouia Casablanca Tél.: 05 22 21 64 09	02/11/22	579,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

VIOLET.

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 l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
26533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A 3D coordinate system is shown with three axes: H (up), D (left), and B (down). The axes are represented by arrows pointing in their respective directions. The H-axis is vertical, the D-axis is horizontal to the left, and the B-axis is vertical downwards.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie ACHCHARAF - Casablanca

ACH-CHARAF

0522216409

COOPERATIVE ACH-CHARAF N° DM2 Hay Inara Haddaouia , Casablanca



Facture N° 20221102-211

Date de vente : 02/11/2022
Médecin traitant :

BENBOUHIA MOHAMED

CASA, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
TOUJEO SOLOSTAR IN 300 UNITES/ML B3 STYLOS	1	579,00	Exonéré (0.00%)	579,00

PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. Bouchra TAOURIT
Coopérative Ach-charaf N°DM2
Hay Inara Haddaouia/Casablanca
Tél.: 05 22 21 64 09

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
An sebâa Casablanca
TOUJEO 300 UI, sol inj
solo b3 st
P.P.V : 579,00 DH



Total HT	579,00 DHS
TVA	0 DHS
Total	579,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cinq cent soixante-dix-neuf DHS