

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° W21-633648

Par
K. JADOUR

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		RAM 143689	
Matricule : 7008	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KTIKI JADOUR			
Date de naissance : 14.09.1957			
Adresse : HABIB TASSI			
Tél. : 0661353313	Total des frais engagés : 1183 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KTIKI JADOUR Age : 65

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DIABETE

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 : SIDI KACIR

Signature de l'adhérent(e) : K. JADOUR

Le : 29/12/2012

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-633648

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) : KTIKI JADOUR
Total des frais engagés : 1183 Dhs
Date de dépôt : 29/12/2012

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
<i>Pharmacie BIA Amir Sidi :05 37 62 23</i>	<i>28/12/2022</i>	<i>1183,00</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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		Lantus® Solos		sanofi-aventis Maroc													
Le praticien est prié de préciser la dent traitée		100 Unités/ml solution injectable en stylo pré- insuline glarginé		Route de Rabat - R.P.1- Ain Sebaâ 20250 Casablanca LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ/B5 P.P.V. : 744DH00													
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de				6 118 001 081615													
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Coefficient	sanofi-aventis Maroc Route de Rabat - R.P.1- Ain Sebaâ 20250 Casablanca APIDRA SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ/B5 P.P.V. : 439DH00													
				DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G				
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
G																	
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

Facture N° 20221229-581

Date de vente : 29/12/2022
Médecin traitant :

JAOUAD KTIRI

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
LANTUS SOLOSTAR IN 100UI/ML 3ML B5 STYLOS INJECTABLES GM	1	744,00	Exonéré (0.00%)	744,00
APIDRA SOLOSTAR IN 100UI/ML 3ML B5 STYLOS	1	439,00	Exonéré (0.00%)	439,00

Total HT	1 183,00 DHS
TVA	0 DHS
Total	1 183,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : mille cent quatre-vingt-trois DHS

Pharmacie BENSAID
23, Bis Av. Amir Sidi Med Karia
Tél : 05 37 82 90 53
M