

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.

147651

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <i>do do</i>		Société : <i>RAM</i>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>ASSIDDIKI MONAMED</i>
Nom & Prénom : <i>ASSIDDIKI MONAMED</i>			
Date de naissance : <i>1950</i>			
Adresse : <i>AP 03 IMM 47 LOT ASSA BAH ESSAOUIRA</i>		Tél. : <i>0699599596</i>	
Total des frais engagés : <i>✓</i> Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.	

CCUEIL A. MARIZA C 1 FEB. 2023

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) :

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
Code INP		
072095862	06-01-2023	69,18,0
PHARMACIE SDOUSSI		
Docteur GHAZI SDOUSSI Ahmed		
2 Ziquaq Roudha El Seoudia Al Jadida		
Tel 05 24 79 26 95		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

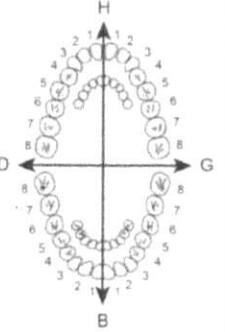
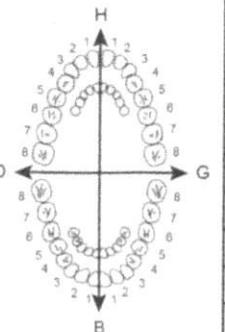
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

CŒFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>															
MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>															
DEBUT D'EXECUTION		<input type="text"/>															
FIN D'EXECUTION		<input type="text"/>															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>															
MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>															
DATE DU DEVIS		<input type="text"/>															
DATE DE L'EXECUTION		<input type="text"/>															
 <p>O.D.F - PROTHÉSES DENTAIRES</p>																	
<p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> 			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
B																	
G																	
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																	

Facture N°

33

PHARMACIE SNOUSSI

Docteur GHAFI SNOUSSI Ahmed

22 Ziquaq Roudmane, Essaouira Al Jadida

Tel: 05 24 79 26 95

Mr : ASST DTK: Mohammed

Le 06.01.2023

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
01	Oedes 20/114	52,80	52,80
01	Sorbeplathic	17,00	17,00
T:			69,80
<p>Arrêté par le Présent facture à la somme de soixante-neuf dirhams et quatre-vingt centimes</p>			
<p>PHARMACIE SNOUSSI Docteur GHAFI SNOUSSI Ahmed 22 Ziquaq Roudmane, Essaouira Al Jadida Tel: 05 24 79 26 95</p>			
<p>SORBHEPATIC® PPV 17DH00 EXP 04/2025 LOT 23039 3</p>			
<p>LOT 211148 EXP 04/2024 PPV 52.80DH</p>			