

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3106 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Montal Zohra veuve RIAAD

Date de naissance :

Adresse : El Inaya 4 me 11 n° 25 Ain el hock

Casa Blanca

Tél. : 06 66 16 72 15 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : /

Signature de l'adhérent(e) : S.1

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
15.2.2023	15 Séances K=1		6.00,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

BELIEVE 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



FACTURE EXAMEN

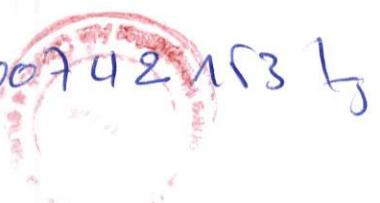
N° Quittance

Nº Compte Courant

Code ANAM : 090005760

Facture Examen Numéro : 2 023 / P / 3 103

TRÉSORERIE PROVINCIALE

Identification	
Index Patient : 9 441	
Nº de Examen : 19 861	
Nom et prénom : ZOHRA MOUTAL	
CIN : B514676	
Adresse : AIN CHOK	
Médecin	
Sur prescription du : DR EL GANDAOUI IBTISSAM	
Spécialité : KINÉSITHÉRAPIE	
Débiteur	
PAYANT	
Date	
Date de examen : 16/02/2023 10:01:00	

Bon d'Accord et d'Instruction
N°





FACTURE EXAMEN

N° Quittance

N° Compte Courant

Code ANAM : 090005760

Facture Examen Numéro : 2 023 / P / 3 103

TRÉSORERIE PROVINCIALE

Identification		Débiteur	
Index Patient : 9 441 N° de Examen : 19 861 Nom et prénom : ZOHRA MOUTAL CIN : B514676 Adresse : AIN CHOK		PAYANT	
Médecin		Date	
Sur prescription du : DR EL GANDAOUI IBTISSAM Spécialité : KINÉSITHÉRAPIE		Date de examen : 16/02/2023 10:01:00	

Détail	NGAP	Cle	Coef/Séance	Quantité	P.U	Mt. Organisme	Mt. Ligne
Rééducation des petites articulations : un ou plusieurs doigts, pied, orteils, par séance d'une durée de trente minutes	Q200	AMM	1,00	1,00	40,00	40,00	40,00
Rééducation des petites articulations : un ou plusieurs doigts, pied, orteils, par séance d'une durée de trente minutes	Q200	AMM	1,00	1,00	40,00	40,00	40,00
Rééducation des petites articulations : un ou plusieurs doigts, pied, orteils, par séance d'une durée de trente minutes	Q200	AMM	1,00	1,00	40,00	40,00	40,00
Rééducation des petites articulations : un ou plusieurs doigts, pied, orteils, par séance d'une durée de trente minutes	Q200	AMM	1,00	1,00	40,00	40,00	40,00
Montant Total:						600,00	

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : SIX CENTS DHS ET ZÉRO CENTIMES

Montant à payer : 600,00 DHS

15/02/2023 15:38:46

Facture Etablie Par Personnel N° : ZATMER

Signature du responsable :



ROYAUME DU MAROC

Ministère de la santé et de la Protection Sociale

CHP AIN CHOICK - Casablanca

Reçu de M.

La Somme de

Quittance

N° 70742153/J

Zohra Montal
Six € et dhs

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
15 Séances	E3	
<i>Total</i>		<u>60400</u>

Cachet du
Service

Le 15.10.2023

Signature du

Régisseur

[Signature]