

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° 09-06 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° M21- 054559

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 06 597

Société : *Paycomex*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABDEL KARIM

ABDELLATIF

Date de naissance :

10/08/1961

Adresse :

Angle Ibn Tachfine 8 AV MED V, résidence

Yam.na Apt 47 3^e étage

TANGER

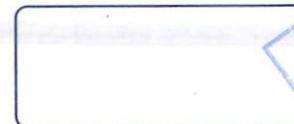
Tél. :

06 59 55 39 57

Total des frais engagés : 88,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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.

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) : *Abdelkarim*

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21-054559

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 : 06 597

Nom de l'adhérent(e) : ABDEL KARIM

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE AL AIN Benzelloue Tassili LE 10 MOHAMED V BP 94 69 10 ALGER	23/10/23	88,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

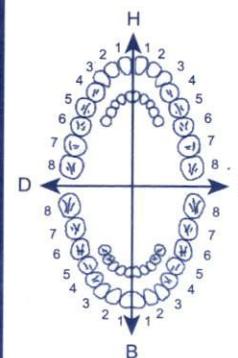
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

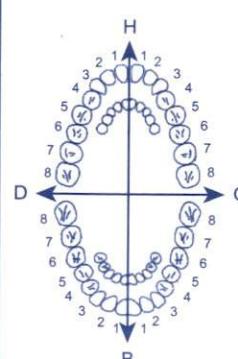


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la guérison.



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS



DATED
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE AL ANDALOUS DE TANGER sarl.au

Dr BENJELLOUN TAOUIQ

+212539946910

118 BOULEVARD MOHAMED V, TANGER



Facture N° 20231023-130

Date de vente : 23/10/2023

Médecin traitant :

ABDELKrim ABDELATIF

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
CARDIOASPIRINE CO 100MG B30 COMP	2	27,70	Exonéré (0.00%)	55,40
MUXOL SI SANS SUCRE 250ML GM SIROP	1	32,60	TVA (7.00%)	32,60

Total HT	85,87 DHS
TVA	2,13 DHS
Total	88,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : quatre-vingt-huit DHS

PHARMACIE AL ANDALOUS
Dr. BENJELLOUN TAOUIQ
118 BOULEVARD MOHAMED V
TANGER -
TEL: +212539946910

