

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être correctement 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° W21-662284

Da
louini

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7008	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	DS9333
Nom & Prénom : KTIRI JAOUAD			
Date de naissance : 14 09 57			
Adresse : HABITUELLE			
Tél. : 066373313		Total des frais engagés : 1183 Dhs	

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/01/2014

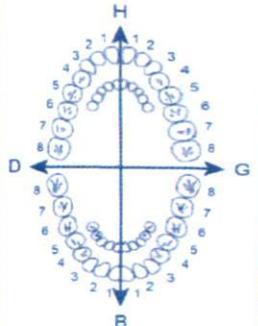
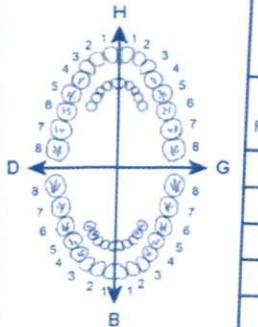
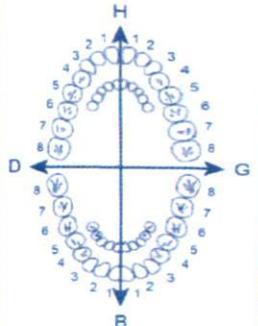
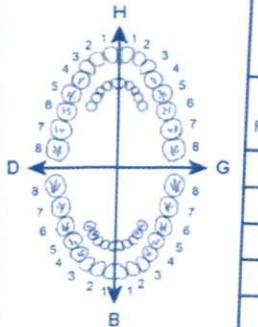
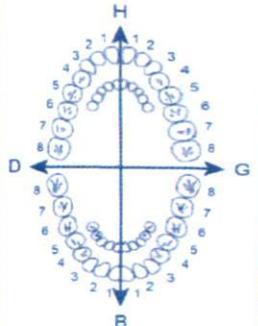
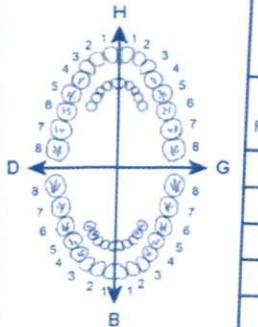
K. Jawa

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 : 11111111

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Abderrahmane Sidi Med, Karrar</i> 05 37 82 30 53	08/01/2011	117800

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES														
Le praticien est prié de préciser la dent traitée														
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prescription de soins dentaires														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SOINS DENTAIRES</th> <th>Dents Traitées</th> <th>Nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nombre									
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nombre												
														
														
														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DES TRAVAUX</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table>			DES TRAVAUX											
DES TRAVAUX														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>MONTANTS DES SOINS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table>			MONTANTS DES SOINS											
MONTANTS DES SOINS														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DEBUT D'EXECUTION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table>			DEBUT D'EXECUTION											
DEBUT D'EXECUTION														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>FIN D'EXECUTION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table>			FIN D'EXECUTION											
FIN D'EXECUTION														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>COEFFICIENT DES TRAVAUX</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table>			COEFFICIENT DES TRAVAUX											
COEFFICIENT DES TRAVAUX														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>MONTANTS DES SOINS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table>			MONTANTS DES SOINS											
MONTANTS DES SOINS														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DATE DU DEVIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table>			DATE DU DEVIS											
DATE DU DEVIS														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DATE DE L'EXECUTION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table>			DATE DE L'EXECUTION											
DATE DE L'EXECUTION														
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </tbody> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	B							
H	G													
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553													
B														
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>														
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>														



insuline glarginne
solutio injecta
100 Unités/ml
Lantus® SOLIC

Facture N° 20240109-899

Date de vente : 09/01/2024
Médecin traitant :

ktiri jaouad

Maroc

Produit

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

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

