

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



Declaration de Maladie

N° W19-474684

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.

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2008 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KTIKI JAOUAD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661373313 Total des frais engagés :

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
	00000000	00000000
	G	
	35533411	11433553
	(Création, Remont, adjonction)	
	Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	
		Date du devis
		Fin de

--	--

VOLET ADHERENT	NOM : <u>KTIRI JAOUAD</u>	Mle <u>7008</u>
DECLARATION N°	W16-066380	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<u>15/10/19</u>	<u>537,40</u>	<u>3</u>
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

JAOUAD



W16-066380

DATE DE DEPOT

12/10 /2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle <u>7008</u>
Nom & Prénom	<u>KTIRI JAOUAD</u>
Fonction	<u>Retraité</u>
Phones	<u>06 373313</u>
Mail	

MEDECIN	Prénom du patient	<u>JAOUAD</u>
Adhérent	Conjoint	Enfant
Age	<u>52 ANS</u>	Date
Nature de la maladie	<u>DIABETE</u>	Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances	
Nature des actes	Nbre de Coefficient
Montant détaillé des honoraires	

PHARMACIE	Date	<u>11/10/2019</u>
Montant de la facture	<u>537,40</u>	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX	Date	
Nombre	Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM

صيدلية الكوثر

PHARMACIE AL KAWTHAR

Dr Khalid LOUAFI

247, Av. Allal Ben Abdellah

Hay Chemaou - Salé

Tél. : 037. 84.45.65



le 11/10/2019

Facture N° 0040/19

M. KTIER JAOUAD

Qté	Produits	P.U.	P.T.
1	Apiche 1/1	98,40	98,40
1	Apiche 1/5	439,00	439,00
<p style="text-align: center;"> </p>			
Total			537,40

Apidra

100
solution injectable

insuline

1 stylo de 3 m

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca

Apidra 100U/ml, inj b1 sty
P.P.V : 98,40 DH

6 118001 081622

Apidra® Sol

solution injectable en s

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca

Apidra 100U/ml, inj b5 sty
P.P.V : 439,00 DH

6 118001 081639