

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

pec

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10360 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : K.Houmri EC HABIB

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661059137 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/02/2024

Nom et prénom du malade : K.Houmri EC Habib Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : prise en charge

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : / /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- N° 0034481

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

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

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

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

EDASSOC

* 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 A 1 2 3 4 5 6 7 8 B 1 2 3 4 5 6 7 8 C 1 2 3 4 5 6 7 8 D 1 2 3 4 5 6 7 8 E 1 2 3 4 5 6 7 8 F 1 2 3 4 5 6 7 8 G 1 2 3 4 5 6 7 8 H 1 2 3 4 5 6 7 8	Consultas C5 R+part D46 M CP3yais D41 A2 H+cep D25 A5 mc+cp D30 Dental D12 Dental D44 R+ano D46 Apres	Coefficient DES TRAVAUX D126
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 A 1 2 3 4 5 6 7 8 B 1 2 3 4 5 6 7 8 C 1 2 3 4 5 6 7 8 D 1 2 3 4 5 6 7 8 E 1 2 3 4 5 6 7 8 F 1 2 3 4 5 6 7 8 G 1 2 3 4 5 6 7 8 H 1 2 3 4 5 6 7 8	DEBUT D'EXECUTION 31001	MONTANTS DES SOINS
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 A 1 2 3 4 5 6 7 8 B 1 2 3 4 5 6 7 8 C 1 2 3 4 5 6 7 8 D 1 2 3 4 5 6 7 8 E 1 2 3 4 5 6 7 8 F 1 2 3 4 5 6 7 8 G 1 2 3 4 5 6 7 8 H 1 2 3 4 5 6 7 8	FIN D'EXECUTION	
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 A 1 2 3 4 5 6 7 8 B 1 2 3 4 5 6 7 8 C 1 2 3 4 5 6 7 8 D 1 2 3 4 5 6 7 8 E 1 2 3 4 5 6 7 8 F 1 2 3 4 5 6 7 8 G 1 2 3 4 5 6 7 8 H 1 2 3 4 5 6 7 8	Coefficient DES TRAVAUX D700 D175	
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 A 1 2 3 4 5 6 7 8 B 1 2 3 4 5 6 7 8 C 1 2 3 4 5 6 7 8 D 1 2 3 4 5 6 7 8 E 1 2 3 4 5 6 7 8 F 1 2 3 4 5 6 7 8 G 1 2 3 4 5 6 7 8 H 1 2 3 4 5 6 7 8	MONTANTS DES SOINS 16000	
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 A 1 2 3 4 5 6 7 8 B 1 2 3 4 5 6 7 8 C 1 2 3 4 5 6 7 8 D 1 2 3 4 5 6 7 8 E 1 2 3 4 5 6 7 8 F 1 2 3 4 5 6 7 8 G 1 2 3 4 5 6 7 8 H 1 2 3 4 5 6 7 8	DATE DU DEVIS 21/2/24	
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 A 1 2 3 4 5 6 7 8 B 1 2 3 4 5 6 7 8 C 1 2 3 4 5 6 7 8 D 1 2 3 4 5 6 7 8 E 1 2 3 4 5 6 7 8 F 1 2 3 4 5 6 7 8 G 1 2 3 4 5 6 7 8 H 1 2 3 4 5 6 7 8	DATE DE L'EXECUTION 7614567	
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 A 1 2 3 4 5 6 7 8 B 1 2 3 4 5 6 7 8 C 1 2 3 4 5 6 7 8 D 1 2 3 4 5 6 7 8 E 1 2 3 4 5 6 7 8 F 1 2 3 4 5 6 7 8 G 1 2 3 4 5 6 7 8 H 1 2 3 4 5 6 7 8	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS Dr Mostapha OUAHIA Medecin Dentiste Angle Bd Mohamed V et Rue Lac des Al Mansour - Berrechid Tunisie 0522 33 66 41	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

196572



CASABLANCA, Le 4 mars 2024

DR. LOUAHLIA MOSTAPHA,
ANG. BD MOHAMED V
BERR, 20000
MAROC
3

Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE

Identifiant adhérent : 10360_1972-10-14_EL HABIB
N/REF : 20240640027377
Adhérent : KHOMRI EL HABIB

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de EL HABIB KHOMRI.
Nous vous prions de noter que cette prise en charge concerne un montant total de* 17835.00 MAD

Validité de prise en charge : du 04-03-2024 au 04-06-2024.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

**Center d'affaire Allal Benabdellah, 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage, Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à EL HABIB KHOMRI.

Veuillez agréer, messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITÉS :

Le règlement des factures relatives à la prise en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
 - ✓ D'une copie de la présente prise en charge.
 - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens.
 - ✓ Du constat rendu et des justificatifs des actes pratiqués.
 - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement grise par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et la RIB (24 chiffres) du prestataire.

* Pour information, la facture adhérent : 17835.00 MAD

ACC 367 + 3033 + 216
S/R aux apres



Khomri Elhabib
Date De Naissance :

Dr Mostafa LOUAHLIA
Médecin Dentiste
Angle Bd. Mohamed V et Rue
Yacoub Al Mansour - Berrechid
05 22 33 66 41

Scale: 116%

