

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° 09-08 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° W19-445069

<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 :	
Nom & Prénom : KTIRI TAHARAD			
Date de naissance : 14 09 1957			
Adresse : TAHARAD			
Tél. : 061373313	Total des frais engagés : 0 JAHAD		
Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : KTIRI	
Nom et prénom du malade : KTIRI TAHARAD	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	
Nature de la maladie : HTVC	
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 : ACCUEIL	Le : 18/09/2019
de l'assuré(e) : KTIRI	



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	INP :
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/09/03	971,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

<p>S-CITAP® 10 mg</p> <p>Escitalopram</p> <p>PER : JAN 2021 PPV : 154 DH 30</p>		<p>NATRIXAM 1,6 mg / 10 mg 30 comprimés à Libération Modifiée</p> <p>COSYREL 5mg/10mg - O 30 comprimés pelliculés sécables PPV : 98,10 DH</p> <p>Servier Maroc - Casablanca</p>																	
		<p>NATRIXAM 1,6 mg / 10 mg 30 comprimés à Libération Modifiée</p> <p>COSYREL 5mg/10mg - O 30 comprimés pelliculés sécables PPV : 87,50 DH</p> <p>Servier Maroc - Casablanca</p>																	
<p>SOINS DENTAIRES</p>		<p>Dents Traitées</p> <p>Nature des Soins</p> <p>Coefficient</p>																	
		<p>INP : L</p> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANT DES SOINS</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXECUTION</p>																	
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>		<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553
H		G																	
25533412	00000000	21433552	00000000																
D		B																	
00000000	35533411	00000000	11433553																
		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>																	
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																			

صيدلية الكوثر
PHARMACIE AL KAWTHAR

Dr Khalid LOUAFI

247, Av. Allal Ben Abdellah
 Hay Chemaou - Salé
 Tél. : 037. 84.45.65



le 17/09/19

Facture N° 081/13

M..... KT R.R. JAOUAD

Qté	Produits	P.U.	P.T.
2	Cosy nel 5/100	58,10	116,20
1	R. Ouvras. Pura 20	255,00	255,00
1	Cophorvista	278,00	278,00
1	S. litop	154,30	154,30
1	Narkisane 1,5/100	87,00	87,00
<hr/>			
Signature:			
<hr/>			
Total 971,00			