

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-504165



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) 25189			
Matricule : 1776		Société : R.A.M	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : Radier	
Nom & Prénom : ZOUGBARI			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06.61.200384		Total des frais engagés : _____ Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
<p style="text-align: center;">Docteur Abdellah M. OTARI Neuro-Psychiatre 15, Rue Taha Houcine (ex-Dr. Ben Abdellah) Tél: 0522 20.70.91/20.61.41</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> MUPRAS T7 MADR 7.790 </div> <p style="text-align: center;">ACCUEIL</p>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 15 MAR 2020			
Nom et prénom du malade : ZOUGBARI			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : 821			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Docteur Abdellah M. OTARI (ex-Dr. Ben Abdellah) Neuro-Psychiatre 15, Rue Taha Houcine (ex-Dr. Ben Abdellah) Tél: 0522 20.70.91/20.61.41			
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) : _____

Le : / /

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
10 MAR 2020	Copy	600,-		INP : B 57452537 Docteur Abdelhafid OTHAO Neuro-Psychiatre 75, Rue Tahia Houcine (ex.rue galilée) Tél: 0522 20.70.91/20.61.41

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CPHARMACEUTIQUE Leila Othao - Docteur Abdelhafid Othao Assabancia - Tel: 0522 20.70.91/20.61.41	16/03/20	58450

ANALYSES - RADIGRAPHIES

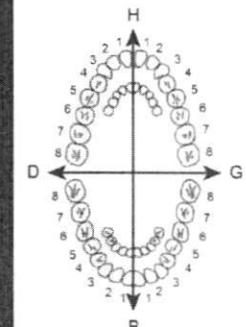
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

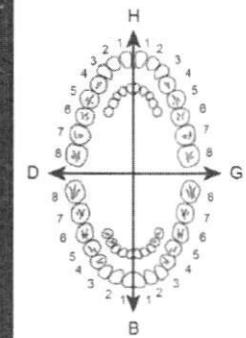
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

STILNOX® CR 12,5 mg

28 comprimés

à libération contrôlée



6 118000 061823

122,00

TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
PER.: 03/2021
LOT : 9MA020
P.P.V : 29DH50
6 118000 011576

TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V : 29DH50
6 118000 011576

TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V : 29DH50
PER.: 03/2021
LOT : 9MA020

1576

PPV: 126 DH 00

ED
Pellicules sécables

1576

PPV: 126 DH 00

PPV: 126 DH 00

1118000 1300303

122,00

6 118000 061823
28 comprimés à libération contrôlée

STILNOX® CR 12,5 mg