

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W19-439160

NO 30344

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e).		
Matricule :	627	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : MR. FIT MOHAMED AHMED		
Date de naissance : 12 MARS 1944		
Adresse :	444 ESSALAM QUE MADAK TOLBXITA N° 61 CASABLANCA	
Tél. :	06 34 60 53 86 Total des frais engagés :	

Cadre réservé au Médecin		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Dr. KHOUNFI Rahhal Medecine Générale 100, Av. de la Palestine Daoudiata Marrakech - Tél : 05 24 30 14 68 </div>		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :	19/12/2019	
Nom et prénom du malade :	FIT MOHAMED AHMED	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	HBP	
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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
16/12/13	C1	1	100 DH	INPE : 071085781 Dr. KHOUEF Rahhal Médecine Générale 100, Av. de la Palestine Daoudiata Marrakech - Tél : 05 24 30 14 68

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA VICTOIRE Dr. BOUGHABA Fatima. 798, Unité 4, Daoudia Marrakech Tel : 05 24 30 03 31	16.12.19	384,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

Violet Adherent

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

RELEVE DES FRAIS ET HC

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et

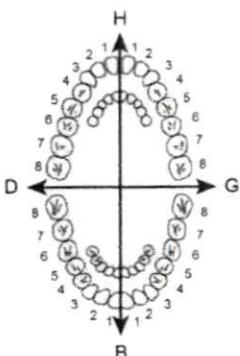
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de tra

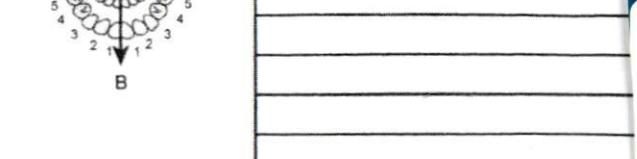
O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHE

Docteur Rahhal KHOUNFI

Médecine Générale
Echographie Clinique

Diplôme de la Faculté de Médecine de Montpellier
Expert Agrée près des Tribunaux

الدكتور رحال خنفي

الطب العام

الفحص بالأمواج ما فوق الصوتية

خريج كلية الطب بمونتولبي
خبر مخلف لدى المحاكم

Marakech, Le 16/12/99 مراكش، في

FITDHAMED AHMED

167,70
x6
11

IPNOST 10 

14 le Soir x 6 min

37,50
x2
21

Droxol  Enly.
24 x 21j

Dr. KHOUNFI Rahhal
Medecine Générale
100, Av. de la Palestine Daoudiate
Marrakech - Tél : 05 24 30 14 68



30,4
98,9
PHARMACIE LA VICTOIRE
Dr. BOUGHABA Fatima
798, Unité 4, Daoudiate Marrakech
Tél : 05 24 30 03 31

PHARMACIE LA VICTOIRE
Dr. BOUGHABA Fatima
798, Unité 4, Daoudiate Marrakech
Tél : 05 24 30 03 31

CHECK-LIST

DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE DEPOT DE VOTRE FEUILLE DE SOINS

BIOLOGIE ET RADIOLOGIE

- Copie des résultats
- Facture
- Ordonnance
- Pli confidentiel

DENTAIRE

- Accord préalable avant le traitement, *en cas de prothèses ou traitement canalaires*
- Facture
- Radio après traitement, *en cas de prothèses ou traitement canalaires*
- Radio avant traitement, *en cas de prothèses ou traitement canalaires*
- Restitution des anciennes prothèses

HOSPITALISATION

- Cachet de la clinique sur la feuille de soins-
- Compte rendu opératoire
- Copie compte rendu des radios
- Copie résultat de l'anatomopathologie
- Copie résultat des analyses
- Détail et justificatif de la pharmacie En cas d'hospitalisation médicale
- Entente préalable
- Notes d'honoraires
- Ordonnance et factures des actes sous traités
- Pli confidentiel En cas d'intervention chirurgicale

OPTIQUE

- Facture de l'opticien
- Ordonnance

REEDUCATION

- Copie radio relative à la même maladie
- Entente préalable remplie par le médecin
- Facture

PHARMACIE

- Ordonnance *
- Vignettes des médicaments PPV **

* En cas d'ALD (Affection Longue Durée), l'ordonnance n'est pas obligatoire. Par contre, il est nécessaire une déclaration de la maladie chronique (à renouveler en fonction du type de maladie. Généralement tous les trimestres)

** Une facture est obligatoire si le prix ne figure pas sur le PPV ou si le médicament est acheté à l'étranger ou dans le cas de l'achat libre

En cas d'accident veuillez préciser les causes et circonstances:

Matricule: 627

FS n°: W19-439160