

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

- 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.

N° W19-528905

ND: 30812

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7008

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KTIRI JASOURAD

Date de naissance :

14 09 57

Adresse :

HABIB TURKINE

Tél. :

0661373313

Total des frais engagés :

656.00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KTIRI MOUNA - Age: 59

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

TENSION ARTERIELLE

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 : SALE

Le : 16/06/2010

Signature de l'adhérent(e) :

KTIRI

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

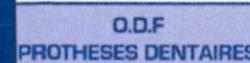
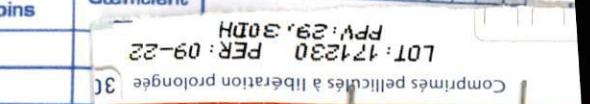
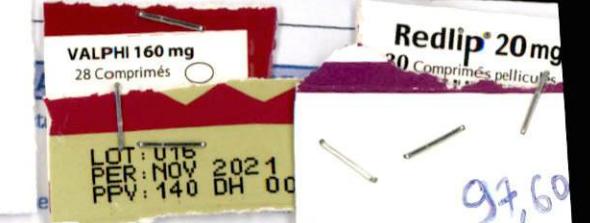
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie BENSAAD Dr. CHAGTAB Andaloussi 23 Bis Rue Amira Soltani Salon Tel: 06 62 80 00 00</i>	16.06.2010	656,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

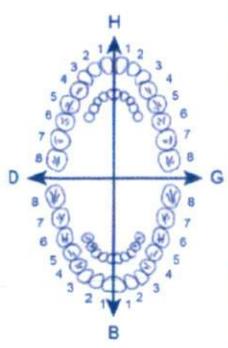
AUXILIAIRES MEDICAUX

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



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)



Facture N° 20200616-922

Date de vente : 16/06/2020
Médecin traitant :

Dr. URHAB
Pharmacie BENSALID
Rabat
Maroc

mina ktiri

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
GALVUS MET CO 50MG/1000MG B60 COMP	1	390,00	Exonéré (0.00%)	390,00
VALPHI CO 160MG B28 COMP	1	140,00	Exonéré (0.00%)	140,00
GLOMERID CO LP 1.5MG B30 COMP	1	29,30	Exonéré (0.00%)	29,30
REDLIP CO 20MG B30 COMP	1	97,60	Exonéré (0.00%)	97,60

Total HT	656,90 DHS
TVA	0 DHS
Total	656,90 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : six cent cinquante-six DHS et
quatre-vingt-dix centimes

mina ktiri
Pharmacie BENSALID
Rabat
Maroc