

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.

Nº W19-445061

ND: 30794

Optique

Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7008 Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 317,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KTIRI MINA Age: 59

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HYPER TENSION

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 : SNALE

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/05/2020

GLOMERID® LPRedlip® 20mg
30 Comprimés**PANALGIC®**
500 mg/50 mgParacétamol-Caféine
16 ComprimésLOT: 014
PER: SEP 2021
PPV: 140 DH 00

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: 11111111								
EXECUTION DES ORDONNANCES												
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture										
32820												
ANALYSES - RADIGRAPHIES												
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires									
AUXILIAIRES MEDICAUX												
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires								
		AM	PC		IM	IV						
DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411 11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	D	00000000	G	00000000	B	35533411 11433553
H	21433552											
D	00000000											
G	00000000											
B	35533411 11433553											
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												

Facture N° 20200504-774

Date de vente : 04/05/2020

Médecin traitant :

MINA KTIRI

Maroc

Pharmacie BENSAID
D. CHAGOURY
Tél. 0524 42 22 22

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
PANALGIC CO 500MG B16 COMP	2	15,00	TVA (7.00%)	30,00
ZYLORIC CO 200MG B28 COMP	1	31,30	TVA (7.00%)	31,30
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
VALPHI CO 160MG B28 COMP	1	140,00	Exonéré (0.00%)	140,00

Total HT	324,19 DHS
TVA	4,01 DHS
Total	328,20 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : trois cent vingt-huit DHS et vingt centimes

Pharmacie BENSAID
D. CHAGOURY
Tél. 0524 42 22 22