

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 (Société à responsabilité limitée) - Siège social : 10, rue de la Liberté, 20000 Agadir - Maroc
Capital : 200000000 - N° de registre : 200000000 - N° de TVA : 200000000 - N° de SIRET : 200000000



Déclaration de Maladie

N° W19-480283

39781

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 1578 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHAMLI CHI Khamli

Date de naissance : 47

Adresse : KASR NOUZHA, Coffre au MALL, Ap 1A, Etage 2
Casa

Tél. : 06, 61, 48, 47, 61 Total des frais engagés : 93,10 DHS

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : /

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Autre

Nature de la maladie : /

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 : / / Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Khamli



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Responsable	Date	Montant de la Facture
	27-8-20	93,10 DHS

[illegible][illegible]

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

SOINS DENTAIRES		TRAITEMENTS		PROTHESES											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX											
				MONTANTS DES SOINS											
				DEBUT D'EXECUTION											
				FIN D'EXECUTION											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX											
	H <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>2553412</td> <td>2143552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>2553411</td> <td>1143553</td> </tr> </table>			2553412	2143552	0000000	0000000			0000000	0000000	2553411	1143553	MONTANTS DES SOINS	
	2553412	2143552													
	0000000	0000000													
0000000	0000000														
2553411	1143553														
[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la protection			DATE DU DEVIS												
			DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Arrêté la présente facture à la somme de :
Quatre-vingt-treize Dirhams et 10 centimes.**

150

ترصيدا

ترميموتين ماليات

LOT : 8 2 3 1
UT. AV : 0 2 - 2 5
P.P.V : 4 7 DH 2 0

20 كبسولة
عن طريق الفم

5
RMAV

Doliprane®

500 mg

PARACETAMOL



PPV: 10DH30
PER: 02/23
LOT: J433

Doliprane®

500 mg

PARACETAMOL



PPV: 10DH30
PER: 02/23
LOT: J433

Doliprane®

500 mg

PARACETAMOL



PPV: 10DH30
PER: 02/23
LOT: J433