

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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.

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 011115

Société : U3392

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAIDI

MOHAMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 428,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/07/2020

Nom et prénom du malade : ACCUEIL

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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) :

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>								
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>								
		D	H	<table border="1" style="width: 100px; text-align: center;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552												
00000000	00000000												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
		D	H										
		D	H										
		D	H										
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution											

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° <b>P 14 / 0019277</b>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

MALADIE LONGUE DUREE			
		P 14 / 19277	DATE DE DEPOT 1 / 1201
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>SAIDI No hamed</u>	
Nom & Prénom <u>SAIDI No hamed</u> Fonction <u>Retraite</u>   Phones <u>0661 25 47 99</u> Mail <u>medecin@hotmai.com</u>			
MEDECIN	Prénom du patient <u>No hamed</u>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE	Date <u>03/08/2020</u>		
Montant de la facture <u>428,90</u>			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b> Date Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires			
<b>CACHET</b>			
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> Date Nombre Montant détaillé des Honoraires			
AM	PC	IM	IV
<b>CACHET</b>			

Tél : 0522220261

Mr SAIDI MOHAMED

FACTURE N° : 89122 du 03/08/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	TAHOR 10MG B28 CPS	79,00	79,00	0%
1	TENORMINE 100MG 28CPS	83,10	83,10	0%
1	STAGID 695MG 100CPS	107,60	107,60	0%
1	TAREG 80MG 28CPS	131,50	131,50	0%
1	CARDIO ASPIRINE B30 CPRS	27,70	27,70	0%

  

Total TTC	428,90
Droits de Timbre	0,00
Net à Payer	428,90

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
QUATRE CENT VINGT HUIT DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	428,90	0,00	428,90
		428,90	0,00	428,90

TENORMINE® 100 mg  
28 COMPRIMES  
PELICULES SECABLES  
6 118000 011590

