

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° W21-685186

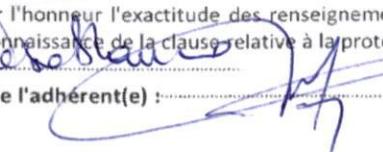
150468

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	05488	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEN BOUHIT mohamed			
Date de naissance : 30/05/1966			
Adresse : A. H			
Tél. :	0661618789	Total des frais engagés :	414,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :	/ /	
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>
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 : Casablanca, 22 Février 2023
Le : 21/02/2023
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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Bouchra Haddaouia coopérative Ach-Chataïa Inara Haddaouia Casablanca Tél.: 05 22 21 84 09	4/2/23	414. 60

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/> FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>								
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE											
	H <table border="0"> <tr><td>25533412</td><td>21433562</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> </table> D <table border="0"> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433552</td></tr> </table> B G				25533412	21433562	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433552
	25533412	21433562										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433552										
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION												

Pharmacie ACHCHARAF - Casablanca

A-CHARAF

22216409

OPERATIVE ACH-CHARAF N° DM2 Hay Inara Haddaouia , Casablanca



Facture N° 20230221-890

Date de vente : 04/02/2023
Médecin traitant :

BENBOUHIA MOHAMED

CASA, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total						
COVERAM CO 10MG/5MG B30 COMP	1	269,00	Exonéré (0,00%)	269,00						
ADANCOR CO 10MG B30 COMP	2	72,80	Exonéré (0,00%)	145,60						
ADANCOR 10 mg, comprimé sécable -Boite de 30 Prix : 72,80 Dhs Pharmacien Responsable : Amina Daoudi										
ADANCOR 10 mg, comprimé sécable -Boite de 30 Prix : 72,80 Dhs Pharmacien Responsable : Amina Daoudi			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Total HT</td> <td style="padding: 5px;">414,60 DHS</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">TVA</td> <td style="padding: 5px;">0 DHS</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; background-color: #0070C0; color: white; text-align: center;">Total</td> <td style="padding: 5px; background-color: #0070C0; color: white; text-align: center;">414,60 DHS</td> </tr> </table>		Total HT	414,60 DHS	TVA	0 DHS	Total	414,60 DHS
Total HT	414,60 DHS									
TVA	0 DHS									
Total	414,60 DHS									

Arrêtez la présente facture à la somme de : quatre cent quatorze DHS et soixante centimes

269 DH

IF : 34026384 RC : 337524 ICE : 001079460000073

Tel : 0522216409

Adresse : COOPERATIVE ACH-CHARAF N° DM2 Hay Inara Haddaouia , Casablanca