

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00683

Société : RAM 157409

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AOUAD M'HAMED

Date de naissance : 11.12.1943

Adresse : 256 Bd DE BORDEAUX ETG.5 APP. W.10

CASA BLANCA

Tél. : 06.63.18.80.44 Total des frais engagés : 14.61,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : AOUAD M'HAMED Age : 79 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Maladies Chroniques

En cas d'accident préciser les causés et circonstances :

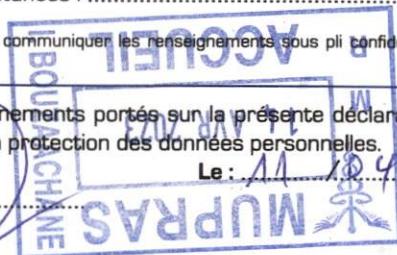
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA BLANCA

Le : 11.12.2023

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournissoir Sama CHEIKH EL YOUSSEF 139, Boulevard El Youssef Casablanca - Tél: 05 22 22 27 25 INPE: 092043355	Date 11/04/2023	Montant de la Facture 1464,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE MY YOUSSEF
SELMA CHERIF D'OUAZZANE
139 BD MOULAY YOUSSEF
CASABLANCA
Taxe Profes. N°: 35405678
N° R.C. : 311840
N° ID.F. : 40100310
N° CNSS: 6387733
Tel : 022222725
Fax : 022480768

Aouad mhamed

I.C.E. :

N° ICE 001597613000058

Le : 11/04/2023

FACTURE N°: 9246/23

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	VICTOZA 6 MG BT 2 STYLOS	1193.00	1193.00
1	TRESIBA FLEX TOUCH 100 U/M	243.00	243.00
1	IPRADIA 1000 MG BT 30 CPS	25.10	25.10

Total : 1 461,10

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE QUATRE CENT SOIXANTE ET UN DIRHAMS ET DIX CTS

PHARMACIE My YOUSSEF
Salma CHERIF D'OUAZZANE

Docteur en Pharmacie
139, Boulevard My Youssef
Casablanca - Tél: 05 22 22 27 25

INPE: 092043355

Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 119,00 DHS



8-9695-73-280-3

Tresiba® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable
1 stylo pré-rempli 3 ml
PPV : 243,00 DHS



6 118001 121670

8-9560-73-270-1

