

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-685194

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

0548B

Société :

RAM

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN BOUATIA Mohamed S

Date de naissance :

30/05/1966

7009

Adresse :

A. H

Tél. :

0661 61 81 89

Total des frais engagés :

7223,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MAB

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age:

Enfant

Lui-même

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 faits sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 30/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL



K.H. HIMMI

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
 PHARMACIE ACH-CHARAF DR. Bouchra TAOUIDI Opératrice Ac-charaf, N° DMZ Inara, Haddaouia - CASA 05 22 21 64 09	17/12/23	1228, 70

PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. Bouchra TAOUDI
Coopérative Ac-charaf, N° DM2
Inara, Haddaouia - CASABLANCA
Tél : 05 22 21 64 09

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

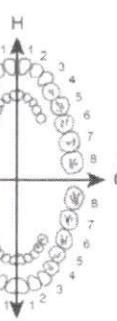
VOLET ADHERENT

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'ODDF.

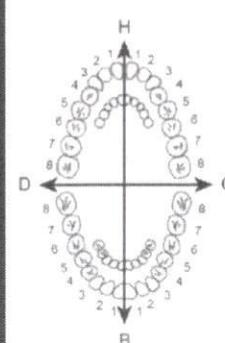
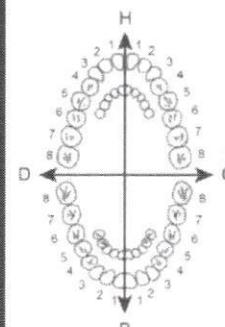
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

D.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Pharmacie ACHCHARAF - Casablanca

ACH-CHARAF

0522216409

COOPERATIVE ACH-CHARAF N° DM2 Hay Inara Haddouia , Casablanca



Facture N° 20230729-391

Date de vente : 11/07/2023
Médecin traitant :

BENBOUHIA MOHAMED

Casablanca, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ADANCOR CO 10MG B30 COMP	2	72,80	Exonéré (0.00%)	145,60
FORXIGA CO 10MG B28 COMP PELLI	1	419,00	Exonéré (0.00%)	419,00
ZYLORIC CO 100MG B100 COMP	1	46,70	TVA (7.00%)	46,70
CRESTOR CO 20MG B30 COMP PELLI	1	250,00	Exonéré (0.00%)	250,00
BIPROL CO 10MG B30 COMP	1	65,70	Exonéré (0.00%)	65,70
CARDIOASPIRINE CO 100MG B30 COMP	1	27,70	Exonéré (0.00%)	27,70
COVERAM CO 10MG/5MG B30 COMP	1	269,00	Exonéré (0.00%)	269,00

PHARMACIE ACH-Charaf
Bd Alkilia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Coopérative ACH-CHARAF N° DM2
Hay Inara, Haddouia
Tél. 05 22 21 64 09

Total HT	1 220,64 DHS
TVA	3,06 DHS
Total	1 223,70 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : mille deux cent vingt-trois DHS et soixante-dix centimes

Maphar
Bd Alkilia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pelli b28
P.P.V : 419,00 DH
6 118001 185023

LOT 223155
EXP 09 2026
PPV 46.70 DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

869,00

Maphar
Bd Alkilia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 20mg cp pelli b30
P.P.V : 250,00 DH
6 118001 183128

IF : 34026384 RC : 337524 ICE : 001079460000073

Tel : 0522216409

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

65170