

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 1909		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : DERKAOUI NALKA			
Date de naissance : 11/11/65			
Adresse :			
Tél. : 06.07.16.87.76		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : _____	
Nom et prénom du malade : 31 AOUT 2023	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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) : _____

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 : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Siham Annaim - Casablanca 10, Résidence Annaim Ouardi 022.59.43.19	Date 15/8/2013	Montant de la Facture 867,00
092050293		

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX	[REDACTED]
MONTANTS DES SOINS	[REDACTED]
DEBUT D'EXECUTION	[REDACTED]
FIN D'EXECUTION	[REDACTED]
COEFFICIENT DES TRAVAUX	[REDACTED]
MONTANTS DES SOINS	[REDACTED]
DATE DU DEVIS	[REDACTED]
DATE DE L'EXECUTION	[REDACTED]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	[REDACTED]
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	[REDACTED]
H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
B	[REDACTED]
G	[REDACTED]
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	[REDACTED]
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
RESIDENCE ANNAIM ME4 OULFA CASABLANCA

R.C : Patente:36030100
T.V.A : C.N.S.S:6304638

Tél : 022 89 43 09

Le 15/08/2023

FACTURE N°536285

N° ICE : 000500237000075

DERKAOUI MALIKA

N° IF:

ICE N°:

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	TEFOVIR 300MG/30CPS	289,00	867,00		



 PHARMACIE RÉSIDENCE ANNAIM

 Driss El Mekkaoui

 4, Résidence Annaim Oufida

 Tel.: 022.89.43.89 - Casablanca

TOTAL T.T.C :

867,00

6 118000 096078



30 comprimés pelliculés

Tefovir® Pharma 5 300 mg

AMM : 218 DMP/21/NNP

Tefovir®[®] Pharma 5

Ténofovir disoproxil fumarate

LOT: 4540

PER: 05-25

PPV: 289DH

300 mg

Voie orale

30 Comprimés pelliculés

PHARMA 5

6 118000 096078



30 comprimés pelliculés

Tefovir® Pharma 5 300 mg

AMM : 218 DMP/21/NNP

Tefovir®[®] Pharma 5

Ténofovir disoproxil fumarate

LOT: 4540

PER: 05-25

PPV: 289DH

300 mg

Voie orale

30 Comprimés pelliculés

PHARMA 5

6 118000 096078



30 comprimés pelliculés

Tefovir® Pharma 5 300 mg

AMM : 218 DMP/21/NNP

Tefovir®[®] Pharma 5

Ténofovir disoproxil fumarate

LOT: 4540

PER: 05-25

PPV: 289DH

300 mg

Voie orale

30 Comprimés pelliculés

PHARMA 5