

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 canalaire, 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 canalaire.

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 MUUPRAS 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.

M22- 0015602

200901

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule 570 Société : 12122

Actif

Pensionné(e)

Autre : _____

Nom & Prénom : HILAL BOUSSOUD

Date de naissance : 1961-11

Adresse : 12512

Tél. : 028 86 65 29 Total des frais engagés : 17.833,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LILAS Fatima Age : _____

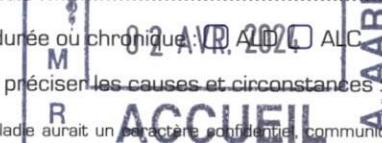
Lien de parenté :



Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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 : 108.1.01.104

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 Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE AL MOUSSA - Sidi Maâouf Al Moussa - Tel: 85 22 58 C.I.S.A - Tel: 85 22 58 09 20 77 80 9	1/04/2024	1 283, 30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

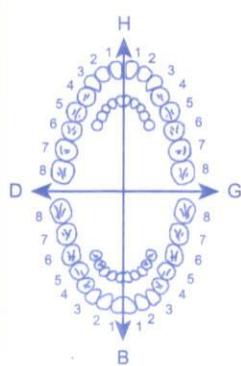
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET GAGNET DU PRATICIEN AFFECTANT LE DEVIS

VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN AFFECTANT L'EXECUTION

Pharmacie TASSNIME - Casablanca

Tayeb Mariam



Facture N° 20240401-249

Date de vente : 01/04/2024
Médecin traitant :

HRAR BOUCHAIB

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
JARDIANC CO 10MG B30 COMP PELL	1	479,00	Exonéré (0.00%)	479,00
REXABAN CO 20MG B28 COMP	1	370,00	Exonéré (0.00%)	370,00
LASILIX CO 40MG B20 COMP	1	34,60	Exonéré (0.00%)	34,60
CORDARONE CO 200MG B40 COMP	1	89,70	Exonéré (0.00%)	89,70
UPERIO CO 50MG B28 COMP PELL	2	405,00	Exonéré (0.00%)	810,00

Total HT	1 783,30 DHS
TVA	0 DHS
Total	1 783,30 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : mille sept cent quatre-vingt-trois DHS et trente centimes

الطبقة
PHARMACIE TASSNIME
Al-Moutashab Sidi Maârouf
C.F.S.A - Tel: 05 22 58 41 72

6 118001 021719
UPERIO® 50 mg
Boîte de 28.
Comprimé pelliculé.

6 118001 021719
UPERIO® 50 mg
Boîte de 28.
Comprimé pelliculé.

6 118001 031719
UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boîte de 28.

6 118000 061120
P.P.V.: 890H70
CP SEC 840
CORARONE 200Mg
Lot 1 PER: 07/2026

6 118000 072683
P.P.V.: 479 DH 00
BOTTEU S.A
30 comprimés pelliculés
(Empaquetage) 10 mg
Jardiance® 10 mg
6 118001 041077
LASILIX 40Mg
200P SEC
P.P.V.: 34DH60
Lot 1 PER: 08/2027

31719
6 118000 060468
Rexaband® 20 mg
28 comprimés pelliculés
UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boîte de 28.
6 118001 041077
Jardiance® 10 mg
(Empaquetage) 30 comprimés pelliculés
BOTTEU S.A P.P.V.: 479 DH 00