

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Le 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 : 2296 Société : RAM Rehante

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL HAMZI MY Ahmed

Date de naissance : 31-08-56

Adresse : 21 rue So Naez Mon Sarouka

Tél. 066054898 Total des frais engagés : 1585,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:

MALADIE CHRONIQUE
DIABET

Date de consultation : Age:

Nom et prénom du malade : Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Casa 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 siham gle. Rés. 31 et 32, 2 ^e ét. Omaniya N°64 Avenue de la République Teh. 0920503893	18-23-24	1437200

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	

LIGHT 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Pharmacie SIHAM



Siham OUAZZANI
 0522 52 63 03
 Angle RUE 31 ET 34 LOTISSEMENT OMARIYA N°64

Facture N° 20240424-42

Date
2024-03-18

Client
EL HAMZI MOULAY AHMED
Adresse
Maroc

Produit	Qté	P.U	TVA	Total
LANTUS SOLOSTAR IN 100UI/ML 3ML 1 STYLO PREREMPLI B1 INJECTABLE	1	152.50	0%	152.50
VICTOZA IN 6MG/ML STYLO PRÉ-REMPLI INJECTABLE REF 1100024	1	1,193.00	0%	1,193.00
ADO CO 1G B90 COMP	1	43.30	0%	43.30
APIDRA SOLOSTAR IN 100UI/ML 3ML B1 STYLO INJECTABLE	2	98.40	0%	196.80

Total HT	TVA	Total
1,585.60 DHS	0.00 DHS	1585.60 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : Mille Cinq Cent Quatre-Vingt-Cinq DHS et Soixante centimes

Pharmacie SIHAM
 Angle, Rue 31 et 34 lot. Omariya
 N°64 Ain chok - Casablanca
 Tél: 0522 52 63 03

