

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 canaux, 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 canaux.

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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-849039

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 203126 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HAMZI MY Ahmed

Date de naissance : 31-08-56

Adresse : 21 rue 50 n°5 Mandarona

Tél. : 0660548328

Total des frais engagés : 1585,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : MALADIE CHRONIQUE

Date de consultation : DIABET

Nom et prénom du malade : Age :

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 le : 23/08/2024

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie Siham</p> <p>gic, Route 31 et 32, Oumayya</p> <p>N°64 Avenue de la Libération</p> <p>IPF Tel: 00206530889</p>	18-23-24	1437,20

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

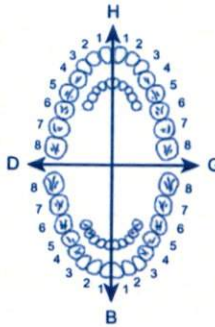
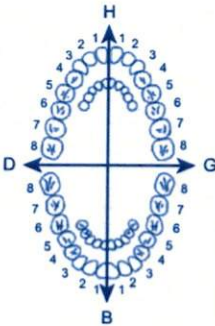
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX
					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficient DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>				Coefficient DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div> <div> Montant des Honoraires </div> </div>				Montants DES SOINS
					DATE DU DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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				Total
1,585.60 DHS				1585.60 DHS
TVA				0.00 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
Tel: 0522 52 63 03

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaa Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 Sty 3ml
P.P.V : 98,40 DH
6 118001 081622

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaa Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 Sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH
6 118001 081608

ADO 1G
Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaa Casablanca
Apidra 100U/ml inj b1 sty
P.P.V : 98,40 DH
6 118001 081622

8-9695-73-280-3
Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3ml
PPV : 1193,00 DHS
6 118001 121403