

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Nº W21-814939

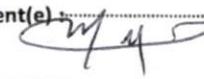
903484

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	5009	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	RERAITE
Nom & Prénom : REGAGUI RACHID			
Date de naissance : 29-06-1961			
Adresse : 11128 ARTS WAFA 3 ouffa Casa -			
Tél. :	0600170216	Total des frais engagés :	894,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input 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.	

ACCUEIL
BON
MUPRAS
Age: 36 AVR 2024

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 : CLSC
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 26/04/2024

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 HAY EL WIAM 252 BD OUED SEBOU OUM CASA - TEL 05 22 91 12 44 INPE 092030949	24/11/2014	394,00 DHS INPE 092030949

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

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'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

👤 Safiya El mokrie El idrissi
📞 0522911731
📍 252 Bd H OUED SEBOU OULFA



Facture N° FAC-186576

Date
2024-04-04

Client
M. REGRAGUI RACHID
Adresse
OULFA CASABLANCA MA

Produit	Qté	P.U	TVA	Total
DIABCONTROL BANDELETTES B50	1	150.00	20%	150.00
LANTUS SOLOSTAR IN 100UI/ML 3ML B5 STYLOS INJECTABLES GM	1	744.00	0%	744.00

Total HT	TVA	Total client	Total
869.00 DHS	25.00 DHS	894.00 DHS	894.00 DHS

Taux	Exonéré (0.00%)	TVA (7.00%)	TVA (20.00%)	TVA (10.00%)
Montant (DHS)	0.00	0.00	25.00	0.00

Arrêté la présente facture à la somme de : Huit Cent Quatre-Vingt-Quatorze DHS

صيدلية حسي الونام
PHARMACIE HAY NI WIAM
252 BD OUED SEBOU OULFA
CASA - Tel 05 22 91 17 31
INPE 092030949

Diab® control

TD-4279

50

Bandelettes

Utiliser exclusivement avec le lecteur de glycémie
Diab control TD-4279.

50 bandelettes de test, Instructions à l'intérieur.

Remboursé
par les
Mutuelles

TD23D117-BFD

2025-01-17

LOT



TaiDoc Technology Corporation
B1-7F, No. 127, Wugong 2nd Rd., Wugu Dist.,
24888 New Taipei City, Taiwan
www.taiodoc.com

MedNet EC-REP GmbH
Borkstraße 10
48163 Münster, Germany

CE 0123 **IVD** **REF**
TD-4279

85% 30°C
10% 2°C RoHS

4 717095 032811



Lantus® Solo
100 Unités/ml
solution injectable en stylo pré
insuline glarginé

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat R.P.T.
Ain Sebaâ 20250 Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5
P.P.V. : 744DH00



6118001081615

EXP:
07.2026
08.2023
Fab:
Lot/Batch:
EF9237A

