

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 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-456098

ND: Sosig

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule	00683	Société	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : AOUAD M. HAMED			
Date de naissance : 11-12-1943			
Adresse : 256 B ^e DE BORDEAUX ET ^e 5 APP ^e 10 CASABLANCA			
Tél. : 05 22 26 80 30	Total des frais engagés : 42103 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 11 DEC. 2020			
Nom et prénom du malade : AOUAD M. HAMED Age: 75			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Maladies Chroniques			
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 : CASABLANCA
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/10/2020

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 :
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur 139, Boulevard Hassan II CASABLANCA - Tel: 05 22 12 12 12	Date 24/10/2020	Montant de la Facture 2103,90
--	--------------------	----------------------------------

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

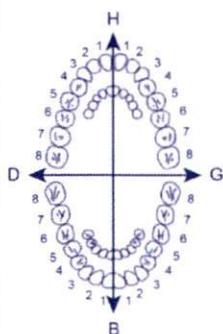
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

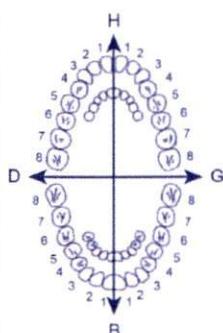
Important :

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

SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient INP :



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
00000000	00000000	
D	00000000	00000000
35533411	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION
FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE MY YOUSSEF
 SELMA CHERIF D'OUAZZANE
 139 BD MOULAY YOUSSEF
 CASABLANCA
 Taxe Profes. N°: 35405678
 N° R.C. : 311840 N° CNSS : 6387733
 N° ID.F. : 40100310 N° ICE 001597613000058
 Tel : 022222725
 Fax 022480768

AOUAD MHAMED

I.C.E. :

Le : 24/10/2020

FACTURE N°: 7059/20

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
2	ASPEGIC 100 SACHETS	21,80	7	43,60
1	DETENSIEL 10MG COMPS/30	72,00		72,00
2	GLUCOPHAGE 1000 MG BT 30 CPS	28,00		56,00
1	JARDIANCE 25 MG	550,00		550,00
1	TENSEMIDE 5 MG BT 30 CPS	39,30		39,30
1	VEPRAN 300 MG BT 28 CPS	150,00	7	150,00
1	VICTOZA 6 MG BT 2 STYLOS	1193,00		1 193,00

TVA 7%: 12.67

Total : 2 103,90

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

DEUX MILLE CENT TROIS DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS

PHARMACIE MY. YOUSSEF
 Selma CHERIF D'OUAZZANE
 Docteur en Pharmacie
 139 Boulevard My. Youssef
 CASABLANCA - Tel: 05 22 22 27 26

ASPEGIC 100MG
 SACHETS B20
 P.P.V:21DH80

 6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
 SACHETS B20
 P.P.V:21DH80

 6 118000 061113


 6 118001 041084
 Jardiance 25 mg
 (Empagliflozine)
 30 Comprimés pelliculés
 PPV: 550 DH 00
 BOTTU S.A.

DÉTENSIEL® 10 mg
 30 comprimés pelliculés sécables

 6 118001 101788
 PPV: 72,00 DH
 Distribué par Cooper Pharma

LOT: 12220001
 PER: 03/2023
 PPV: 39,30 DH
 Tenir hors la portée et l'
 7862160236

150,50

Victoza®
 6 mg/ml
 Solution injectable
 2 stylos pré-remplis 3ml

- LAPROPHAN -
 PPV: 1193DH00



8-9695-73-280-2

28,00

28,00