

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.

N° W19-450204

ND = 17804

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00683

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

AOUAD M. HAMED

Date de naissance :

11-12-1943

Adresse :

256 Bd BORDEAUX APP N° 10
ETG. 5 e. 88ABLANCA

Tél. : 05 22 26 80 80

Total des frais engagés : 2153,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

AOUAD M. HAMED

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie Chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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

Le : 23/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :



RAM

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

21/10/2020

2153,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

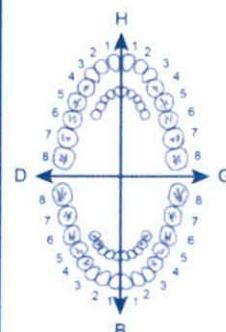
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

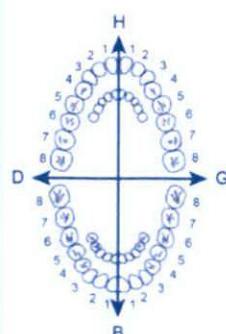
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
-----------------	----------------	------------------	-------------	----------------------------



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

PHARMACEUTIQUE
SELMA CHEMIST
139 BD MOULAY YOUSSEF
CASABLANCA
Taxe Profes. N°: 35405678
N° R.C. : 311840
N° ID.F. : 40100310
Tel : 022222725
Fax : 022480768

ZANE
EF

MR AOUAD MHAMED

I.C.E. :

N° CNSS : 6387733
N° ICE 001597613000058

Le : 21/01/2020

FACTURE N°: 6167/20

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
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	VEPRAN 300 MG BT 28 CPS	150,00	7	150,00
1	VICTOZA 6 MG BT 2 STYLOS	1325,00		1 325,00

TVA 7%: 9.81 Total : 2 153,00

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

DEUX MILLE CENT CINQUANTE TROIS DIRHAMS

139, Boulevard M.Y. Youssouf
Selma Chemist en Pharmacie
Casablanca - Tel : 05 22 27 27 25
ARMACHE MY. YOUSSEF

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

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

150,00

LOT 191498
EXP 10/2022
PPV 28.00DH

LOT 191498
EXP 10/2022
PPV 28.00DH


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

Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3ml
PPV: 1325 DHS


6 118001 121403