

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 rééductions.
 - 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.
 - Le code agenda est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée AID et AIC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
 - Prise en charge : pec@mupras.com
 - 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

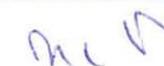


Déclaration de Maladie

Nº W19-441023

25133 CN

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>5488</u>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>BENBACHIR Mabrouk</u>			
Date de naissance : <u>30-05-1966</u>			
Adresse : <u>A 4</u>			
Tél. : <u>0661612188</u>	Total des frais engagés : <u>722,00</u> Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/		
Nom et prénom du malade :			
Age:			
Lien de parenté :	<input checked="" 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.			

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 : Laon

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACH-CHARAF Dr. Bouchra TAOUDI Cooperative Ach-charaf N°DM2 Hay Inara Haddaouia Casablanca Tel: 05 22 21 64 09	10/03/2021	722,00

Pharmacie ACHCHARAF - Casablanca

ACH-CHARAF

0522216409

COOPERATIVE ACH-CHARAF N° DM2 Hay Inara Haddaouia , Casablanca



Facture N° 20200311-472

Date de vente : 10/03/2020
Médecin traitant :

BENBOUHIA MOHAMED

CASA, Maroc

Produit	Oté.	P.U	TVA	Total
HUMALOG MIX 25 IN KWIKPEN JAUNE 100UI/ML INJECTABLE	5	111,00	Exonéré (0.00%)	555,00
HUMALOG KWIKPEN IN 100UI/ML INJECTABLE	1	111,00	Exonéré (0.00%)	111,00
GLUCOPHAGE CO 1000MG B30 COMP	2	28,00	Exonéré (0.00%)	56,00

PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. Bouchra TAOUDI
Coopérative Ach-Charaf N°DM2
Hay Inara Haddaouia Casablanca
Tél.: 05 22 21 64 09

LOT D052878H.13
UT AV 01 2022
PPV 111.00 DH

LOT D107260E.2
UT AV 05 2022
PPV 111.00 DH

Total HT	722,00 DHS
TVA	0 DHS
Total	722,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : sept cent vingt-deux DHS

LOT D076785G.2
UT AV 03 2022
PPV 111.00 DH

LOT D076785G.2
UT AV 03 2022
PPV 111.00 DH

LOT D076785G.2
UT AV 03 2022
PPV 111.00 DH

LOT D076785G.2
UT AV 03 2022
PPV 111.00 DH

IF : 34026384 RC : 337524 ICE : 001079460000073

Tel : 0522216409

Adresse : COOPERATIVE ACH-CHARAF N° DM2 Hay Inara Haddaouia , Casablanca

LOT 191912 LOT 191912
EXP 12/2022 EXP 12/2022
PPV 28.00DH PPV 28.00DH