

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

- | | |
|--|---------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> Adhésion et changement de statut | adhésion@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° W21-608392

5XNS3

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 08738	Société : RAD		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : EZZOUAR AOUN Doud			
Date de naissance : 15/01/1957			
Adresse : 7 Avenue des Neffliers Fin de Jour Z. S. S. sebha (Cote d'Or)			
Tél. : 069298623	Total des frais engagés : 2982/00 DT		

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'attendeur conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 27/01/2021

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 : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES CITRONNIERS Dr. ELOUATTASSI RABAB 29, Bis Allée des Citronniers Ain Sebaa - Casablanca Tél.: 05 204 46 70	27/04/2021	2982,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

D.O.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Pharmacie Des Citronniers - Casablanca

EL OUATTASSI RABAB

0522344670

29 bis allee des citronniers ain sebaa, casablanca

269,00

Facture N° 20210127-225

Date de vente : 27/01/2021

Médecin traitant :

EI OURAOUI MOHAMMED

AIN SEBAA
CASABLANCA, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
GLUCOPHAGE CO 500MG B50 COMP	7	20,80	Exonéré (0.00%)	145,60
GLUCOVANCE CO 500MG/5MG B30 COMP	7	47,40	Exonéré (0.00%)	331,80
COVERAM CO 10MG/5MG B30 COMP	7	269,00	Exonéré (0.00%)	1883,00
CARDENSIEL CO 5MG B30 COMP	7	58,10	Exonéré (0.00%)	406,70
KARDEGIC ST 75MG B30 SACHETS	7	30,70	Exonéré (0.00%)	214,90

269,00

KARDEGIC 75MG SACHETS B30
LOT : 19E005 PER : 04/2021
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
P.P.V : 30,70 DH

6 118000 061847

Total HT 2 982,00 DHS
TVA 0 DHS
Total 2 982,00 DHS

Arrête la présente facture à la somme de : deux mille neuf cent quatre-vingt-deux DHS

KARDEGIC 75MG SACHETS B30 LOT : 19E004 PER : 04/2021 P.P.V : 30DH70 6 118000 061847	KARDEGIC 75MG SACHETS B30 LOT : 19E006 PER : 06/2021 P.P.V : 30DH70 6 118000 061847
KARDEGIC 75MG SACHETS B30 LOT : 19E010 PER : 11/2021 P.P.V : 30DH70 6 118000 061847	KARDEGIC 75MG SACHETS B30 LOT : 19E004 PER : 04/2021 P.P.V : 30DH70 6 118000 061847

PHARMACIE DES CHRONNIERS
Dr. ELOUATTASSI RABAB
29, Bis Allée des Citronniers
Ain Sebaa - Casablanca
Tél : 05 22 34 46 70

IF : 40156676 RC : 369446 ICE : 417541000024
Tel : 0522344670

Adresse : 29 bis allee des citronniers ain sebaa, casablanca

269,00



20,80

26,90

26,90

20,80

20,80

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 47,40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 47,40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 47,40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 47,40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 47,40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 47,40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 47,40 DH

26,90

26,90

20,80

26,90

26,90

20,80