

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

- | | |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | adhession@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

N° W19-586919

58951

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	0768	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BENCHERKOUN Med
Nom & Prénom : BENCHERKOUN Med			
Date de naissance : 1945			
Adresse : 106 b ^e de L'ATLANTIDE POLO Casablanca			
Tél. :	0661174798	Total des frais engagés :	1392,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : / / Age : / /			
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.			

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 28/01/2021

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-586919	
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	0768
Nom de l'adhérent(e) :	BENCHERKOUN
Total des frais engagés :	1392,40
Date de dépôt :	28/01/2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

<p>HARMACIE CALIFON ALL ALAWI Directeur en pharmacie Bd. Panoramique 700 Tel: 0522.52.19.99</p>	<p>Date</p> <p>22/01/2021</p>	<p>Montant de la Facture</p> <p>1397,40</p>
--	-------------------------------	---

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

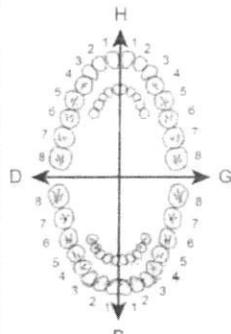
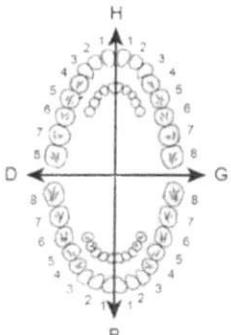
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 l'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
	$ \begin{array}{r rr} & 25533412 & 21433552 \\ & 00000000 & 00000000 \\ \hline D & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \\ B & & \end{array} $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

PHARMACIE CALIFORNIE
ALAMI ALI
435 BD PANORAMIQUE CASA
Tél : 0522521999

Patente N°: 34016011
N° R.C. : 252326
Compte : 011780000070200000269113
CNSS : 2589078
Id.Fiscale : 51002235
ICE : 001639632000057

Le : 22/01/2021

BENHEKROUN mOHAMED

FACTURE : 1367 du : 22/01/2021

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
2	ASPEGIC 100 20 SACHETS	21,80	43,60	7,00%
5	BI-TILDIEM 120MG X 28 COMPRI	119,90	599,50	0,00%
1	CARDIOASPIRINE CPS	27,70	27,70	0,00%
4	CO-AMAREL CPS	125,00	500,00	0,00%
1	COSTAL 10MG BT/30CPS	57,80	57,80	0,00%
1	MICARDIS 40MG BT/28	168,80	168,80	0,00%
Total TTC			1397,40	

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE TROIS CENT QUATRE-VINGT DIX SEPT DIRHAMS ET QUARANTE CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	1 353,80	0,00	1 353,80
7,00%	7,00	40,75	2,85	43,60
		1 394,55	2,85	1 397,40

PHARMACIE CALIFORNIE
ALI ALAMI
Docteur en Pharmacie
435, Bd. Panoramique Polo
Casablanca - Tél: 0522.52.19.99

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
B.I.-tildeim Ip 120mg cp b28
P.P.V : 119,90 DH
6 118001 080960

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
B.I.-tildeim Ip 120mg cp b28
P.P.V : 119,90 DH
6 118001 080960

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
B.I.-tildeim Ip 120mg cp b28
P.P.V : 119,90 DH
6 118001 080960

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
B.I.-tildeim Ip 120mg cp b28
P.P.V : 119,90 DH
6 118001 080960

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
B.I.-tildeim Ip 120mg cp b28
P.P.V : 119,90 DH
6 118001 080960

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
LOT : 20E008
PER.: 10/2021
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
LOT : 20E009
PER.: 05/2022
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

6 118001 040230
MICARDIS 40mg
(Telmisartan)
28 comprimés
BOTTU S.A.
5156301

PPV : 168 DH 80

Co-Amarel® 2 mg/500 mg
30 Comprimés
pelliculés

125,00

Co-Amarel® 2 mg/500 mg
30 Comprimés
pelliculés

125,00

Co-Amarel® 2 mg/500 mg
30 Comprimés
pelliculés

125,00

COSTAL® 10 mg
Atorvastatine (DCI)
30 Comprimés pelliculés

LOT : 200731
UT AV : 05/2023
PPV : 57,80DH