

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

- 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.

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

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 0768

Matricule : 0768 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHEKROUN Mohamed

Date de naissance : 1945

Adresse : 106 Bd de L'ATLANTIDE ROLO OASASLANCA

Tél. : 0661 74 798 Total des frais engagés : 1397,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ 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 :

Le : 28 / 01 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

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) : BENCHEKROUN Mohamed

Total des frais engagés : 1397,40

Date de dépôt : 28 / 01 / 2021

RELEVÉ 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

22/01/2021

1397,40

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 :

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

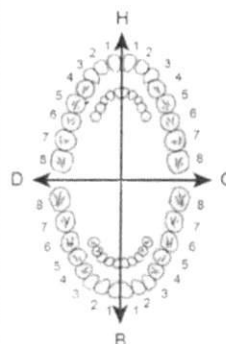
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



[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

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 sebaa Casablanca
Bi-tildiem 1p 120mg cp b28
P.P.V : 119,90 DH
6 118001 080960

6 118001 040230
MICARDIS 40mg
(Telmisartan)
28 comprimés
BOTTU S.A.
5156301
PPV : 168 DH 80

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
Bi-tildiem 1p 120mg cp b28
P.P.V : 119,90 DH
6 118001 080960

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
Bi-tildiem 1p 120mg cp b28
P.P.V : 119,90 DH
6 118001 080960

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
Bi-tildiem 1p 120mg cp b28
P.P.V : 119,90 DH
6 118001 080960

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
Bi-tildiem 1p 120mg cp b28
P.P.V : 119,90 DH
6 118001 080960

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

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

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique
p.p.v. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Co-Amarel® 2 mg/500 mg
30 Comprimés

125,00

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® 0 mg
Atorvastatine (DCI)
30 Comprimés pelliculés

LOT : 200733
UT AV : 05/2023
PPV : 57,80 DH