

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

- 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.

N° M21- 042650

61223

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0878 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

E.PAUSE

Nom & Prénom :

AMINE Abdesslam

Date de naissance :

14/11/1971 Abdellah Rue 2697-10

Adresse :

2887

Tél. :

Total des frais engagés : 112000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

17/12/2021

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

AMINE Tarma

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 : 25/12/2021

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| ALAOUY MOURAD HARMACIE MY ADELLA F Rue 300, N° 98 - Ain Chock Sidi Med Sekkar - Casablanca Tél: 05.22.21.73.64 | 14/02/2024 | 1058.00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | 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'OPD.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE MY ABDELLAH

19 RUE IBN KHATIMA QUARTIER DES HOPITAUX

R.C : 123587 Patente.898899889
 T.V.A : 52360 C.N.S.S.54540021
 Banque:123456789012345678901234
 Tél : 05 22 26 03 69

Le 17/02/2021

FACTURE N°585

N° ICE :

N° IF : 89989898989

AMINE FATIMA

| Qté | Désignation | PPV Unitaire | Total BRUT | Dont TVA | % Taux |
|-----|------------------------|--------------|--|----------|--------|
| 2 | XARELTO 20MG BTE 14CPS | 529,00 | 1 058,00 | | |
| | | | <p>XARELTO 20 mg <small>Rivaroxaban 14 cps</small> P.P.V. : 529,00 DH Bayer S.A.</p>  6 118001 090792 | | |
| | | | <p>XARELTO 20 mg <small>Rivaroxaban 14 cps</small> P.P.V. : 529,00 DH Bayer S.A.</p>  6 118001 090792 | | |

ALAOUI Mohammed
PHARMACIE MY ABDELLAH
*Rue 300, N° 98 - Ain Chock
 Hôpital Med Sékkat - Casablanca
 Tel: 05.22.21.73.64*

(NPE. 092042936)

TOTAL T.T.C :

1 058,00

Nbr Articles

TVA 7% Base :

Montant

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :

Mille Cinquante Huit Dirhams.