

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-586895

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

768

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BENCHEKROUN

M. B.

Date de naissance :

01-07-1945

Adresse :

106 Bd de L'ATLANTIDE POLO
Casablanca

Tél. :

0621462066 / 174798

Total des frais engagés :

1118,30

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 : Casa

Le : 30/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-586895

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 :

768

Nom de l'adhérent(e) :

BENCHEKROUN

Total des frais engagés :

1118,30

Date de dépôt :

30/06/21

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 Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/6/21	11.18,30

[illegible][illegible]

VOLET ADHERENT

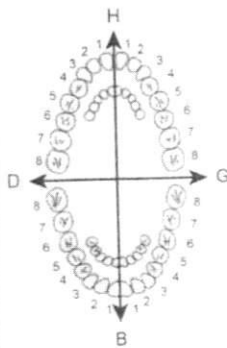
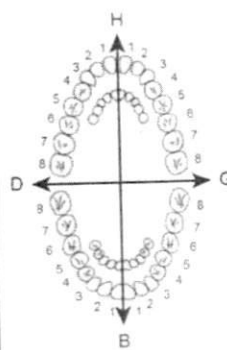
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	G											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			B		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	B											
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

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

	H 25533412 21433552 00000000 00000000	G	DES TRAVAUX
	D 00000000 00000000 35533411 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

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 : 28/06/2021

BENCHAKROUN MOHAMED

FACTURE : 11365 du : 28/06/2021

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	BI-TILDIEM 120MG X 28 COMPRI	119,90	359,70	0,00%
2	CARDIOASPIRINE CPS	27,70	55,40	0,00%
2	CO-AMAREL CPS	125,00	250,00	0,00%
2	COSTAL 10MG BT/30CPS	57,80	115,60	0,00%
2	MICARDIS 40MG BT/28	168,80	337,60	0,00%
Total TTC			1118,30	

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE CENT DIX HUIT DIRHAMS ET TRENTE CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	1 118,30	0,00	1 118,30
		1 118,30	0,00	1 118,30

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

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

COSTAL® 10 mg
Atorvastatine (DCI)
30 Comprimés pelliculés

LOT : 201419
UT AV : 10/2023
PPV : 57,80 DH

: N 101

COSTAL® 10 mg
Atorvastatine (DCI)
30 Comprimés pelliculés

LOT : 201419
UT AV : 10/2023
PPV : 57,80 DH

: N 101

6 118001 040230

MICARDIS 40mg
(Telmisartan)
28 comprimés

BOTTU S.A.

PPV : 168 DH 80

6 118001 040230

MICARDIS 40mg
(Telmisartan)
28 comprimés

BOTTU S.A.

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

30 comprimés
pelliculés

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280