

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.

N° W21-643089

89710

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 05488	Société : Ram		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : Ben Bouhia Mohamed			
Date de naissance : 20/05/1960			
Adresse : A. H			
Tél. : 0661618128	Total des frais engagés : 581,70 Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

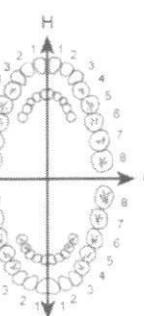
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation : 1	
Nom et prénom du malade : 1	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : 1	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 1	
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 : Casablanca Le 27 OCT. 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 : <input type="checkbox"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACH. CHARAF Dr. Bouchra TAOUFIQ Coopérative Achi charaf N° DM2 Hay Inara Haddadia Casablanca Tel.: 05 22 21 64 09	30/09/2021	581,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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'ODF.																						
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
				D.O.F PROTHESES DENTAIRES																		
					DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0" style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
					H																	
					25533412	21433552																
					00000000	00000000																
D	G																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B																						
CCEFFICIENT DES TRAVAUX																						
MONTANTS DES SOINS																						
DATE DU DEVIS																						
DATE DE L'EXECUTION																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						

Pharmacie ACHCHARAF - Casablanca

ACH-CHARAF

0522216409

COOPERATIVE ACH-CHARAF N° DM2 Hay Inara Haddaoula , Casablanca



Facture N° 20211018-292

Date de vente : 30/09/2021

Médecin traitant :

BEBOUHIA MOHAMED

CASA BLANCA, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
EXFORGE CO 5MG/160MG B28 COMP	1	224,00	Exonéré (0.00%)	224,00
ZYLORIC CO 200MG B28 COMP	1	31,30	TVA (7.00%)	31,30
CRESTOR CO 10MG B30 COMP PELLI	1	185,70	Exonéré (0.00%)	185,70
KARDEGIC ST 160MG B30 SACHETS COMP	1	35,70	Exonéré (0.00%)	35,70
BIPROL CO 10MG B30 COMP	1	65,70	Exonéré (0.00%)	65,70
ALDACTAZINE CO 25/15MG B20 COMP	1	39,30	Exonéré (0.00%)	39,30

LOT N° :

12904617

UT. AV. :

06 25

P.P.V

39,30

Total HT

579,65 DHS

TVA

2,05 DHS

Total

581,70 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cinq cent quatre-vingt-un DHS
et soixante-dix centimes

PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. Bouchra TAOURID
Coopérative Ach-charaf N°DM2
Hay Inara Haddaoula Casablanca
Tél : 0522216409

PER.: 21/09/2022
LOT : 216007

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



IF : 34026384 RC : 337524 ICE : 001079460000073

Tel : 0522216409

Adresse : COOPERATIVE ACH-CHARAF N° DM2 Hay Inara Haddaoula , Casablanca

65,70

NOVARTIS
PPV : 224,00 DH

Maphar
Bd Alkemia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 183,70 DH



103 31,30 05
EXP 04 2025
P.P.V 31,30