

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° W21-687072

105992

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02139 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OU RAOUI A=

Date de naissance : 15/01/57

Adresse : 2- Allée des Velliers Firdaous

Tél. : 0661098627 Total des frais engagés : 4199,30DH

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

Fait à : case Le : 28/02/22

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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
PHARMACIE DES CITRONNIERS Dr. ELOUATI TASSI RABAB 29, Bis Allée des Citronniers Ain Sebaa - Casablanca Tél.: 05 22 34 46 70	28/02/22	4 199,30

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan d

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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	D		G	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H		H																							
25533412	00000000	21433552																							
00000000	00000000	00000000																							
D		G																							
00000000	00000000	00000000																							
35533411	11433553																								
B																									
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								

PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Pharmacie Des Citronniers - Casablanca

EL OUATTASSI RABAB

0522344670

29 bis allée des citronniers ain sebaa, casablanca

Facture N° 20220228-349

Date de vente : 28/02/2022

Médecin traitant :

EL OURAOUI Mohammed

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
STANORM CO 20MG B30 COMP PELLI	6	106,70	Exonéré (0.00%)	640,20
TRIPLIXAM CO 10MG/2.5MG/10MG B30 COMP PELLI	4	184,00	Exonéré (0.00%)	736,00
GALVUS MET CO 50MG/1000MG B60 COMP	3	390,00	Exonéré (0.00%)	1 170,00
KARDEGIC ST 160MG B30 SACHETS	5	35,70	Exonéré (0.00%)	178,50
FORXIGA CO 10MG B28 COMP PELLI	2	563,00	Exonéré (0.00%)	1 126,00
CARDENSIEL CO 5MG B30 COMP	6	58,10	Exonéré (0.00%)	348,60

LOT : 21E009
PER.: 12/2022

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



LOT : 21E010
PER.: 05/2023

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



LOT : 20E012
PER.: 06/2022

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



LOT : 9MA078
PER.: 10/2020

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



LOT : 21E005
PER.: 12/2022

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



Total HT

4 199,30 DHS

TVA

0 DHS

Total

4 199,30 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : quatre mille cent quatre-vingt-dix-neuf DHS et trente centimes

PHARMACIE DES CITRONNIERS
Dr. EL OUATTASSI RABAB
29, bis allée des Citronniers
Ain Sebaa - Casablanca
Tel: 05 22 34 46 70

IF : 40156676 RC : 369446 ICE : 417541000024

Tel : 0522344670

Adresse : 29 bis allée des citronniers ain sebaa, casablanca

106,70

106,70

106,70

106,70

106,70

106,70

Maphar
Bd. Jikimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
For dga 10 mg cp pell b26
P.P.V : 563,00 DH

Maphar
Bd. Jikimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
For dga 10 mg cp pell b26
P.P.V : 563,00 DH

6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 184,00 Dh
Servier Maroc - Casablanca

6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 184,00 Dh
Servier Maroc - Casablanca

6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 184,00 Dh
Servier Maroc - Casablanca

6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 184,00 Dh
Servier Maroc - Casablanca

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390,00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390,00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390,00 DH