

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 mois.

Adresses Mails utiles

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

N° W21-687072

105992

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> A |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 02239 | Société : | RAI |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : ELOURAOUI Aouss | | | |
| Date de naissance : 15/01/15 | | | |
| Adresse : 2- Allée des Neffliers 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 : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfan |
| 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 : casablanca Le : 28/10/2018

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="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| ARMERIA DES CITRONNIERS Dr. ELODIA TASSI RABAB 29, Bis Allée des Citronniers Ain Seba - 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

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 canalaires, ainsi que le bilan d'explorations complémentaires.

SPATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Pharmacie Des Citronniers - Casablanca

EL OUATTASSI RABAB

0522344670

29 bis allee 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 |

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118001 061247

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

| | |
|--------------|---------------------|
| 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, Bld allee des Citronniers
Ain Sebaa - Casablanca
Tel : 05 22 34 46 70



Maphar
Bd Alimia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forogla 10 mg cp pell b28
P.P.V : 563,00 DH
6 118001 185023



AMM n° 502/17 DMAP21 NMP
80010981100001



AMM n° 502/17 DMAP21 NMP
80010981103001

AMM n° 502/17 DMAP21 NMP
80010981103001