

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

- 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.

118461

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>5A18</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>BEN ABDELKrim EL FILALI</u>
Nom & Prénom : <u>YOUSSEF BEN ABDELKrim EL FILALI</u>		d'amin	
Date de naissance : <u>15/6/1960</u>			
Adresse : <u>YOUSSEF BEN ABDELKrim EL FILALI APT 19 Jnane California</u>			
Tél. : <u>0669650503</u>		Total des frais engagés : <u>2020</u> Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : <u>/</u>	Age :
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : 19/5/2022 à Casablanca Le :

Signature de l'adhérent(e) : YOUSSEF BEN ABDELKrim EL FILALI

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 : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE ADDIAR 16-18 Rue 3 Chack-Carré 822-50.75.19</i>	19/05/22	20.20,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

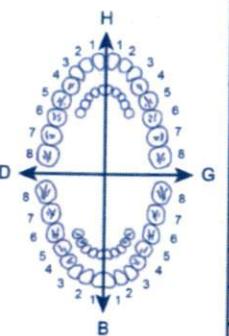
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

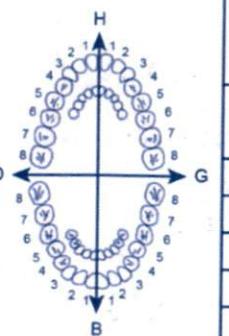
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

PHARMACIE ADDIAR CASA
16/18 Rue Addiar el jadida
Ain chock Casablanca
Tel : 0522 507519
N° Patente 34025102



PHARMACIE ADDIAR
16-18 Rue Addiar Al Jadida
Ain Chock-Casa-022-50.75.19

FACTURE n° 2021/26.

Date 19/05/22

CLIENT: BENABDELKRIM
EL FILALI SAMIRA.

PRODUITS	QUANTITES	Prix unitaire TCC	Montant TCC
Humalog 1000 KwikPen mis en vente	11	111,00 DH	1221,00
mis en Novoform contient plus de 1%	01	559,00 DH	559,00
	02	120,00 DH	240,00
			2020,00
TOTAL			

Arrête la présente facture à la somme de:-

deux mille vingt et huit dirhams

LOT D388574E.3
UT AV 12 2023
PPV 777,00 DH

LOT D346484L.3
UT AV 11 2023
PPV 777,00 DH

LOT D060626F.9
UT AV 02 2022
PPV 777,00 DH

LOT D388574E.4
UT AV 12 2023
PPV 777,00 DH

LOT D388574E.2
UT AV 12 2023
PPV 777,00 DH

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV: 559 DH
8-9674-73-270-z
6 118001 121298

LOT D367536H.2
UT AV 01 2024
PPV 777,00 DH

LOT D388574E.2
UT AV 12 2023
PPV 777,00 DH

LOT D299198F.7
UT AV 07 2023
PPV 777,00 DH

LOT D3908566.3
UT AV 12 2023
PPV 777,00 DH

LOT D395780P.3
UT AV 12 2023
PPV 777,00 DH



SD

BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM

CodeFree™

Blood Glucose Test Strip

GOLD ELECTRODE



SD BIOSENSOR