

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.

AL647

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

13186

Société :

RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL OUAHDANI

Mohamed Amine

Date de naissance :

05/11/1982

Adresse :

Villa n° 181 lot EL MANSOUR McKenz

Tél. :

06 76 14 35 92

Total des frais engagés : 18 870,00 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

EL OUAHDANI MOHAMED Amine Age: 30

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

SPA

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'adjudicataire conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Temara

Le : 25/10/2017

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 : 147147603 Pr. H. H. Radiologue Rhumatologue Chirurgien-Dentiste
3		3		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Dr. H. H. Radiologue	25.05.22	18870,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

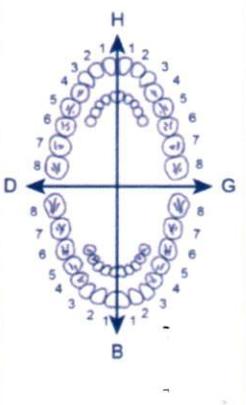
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

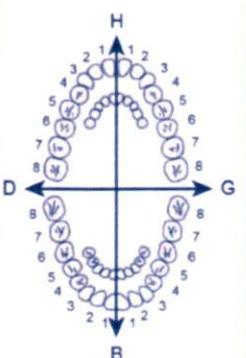
VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



PHARMACIE DU MAIL CENTRAL

ILLOT 17 LOT 4 SECT 9 HAY RIAD RABAT

ICE :001292180000003
INPE:102041019

R.C :71554 Patente:25564198
T.V.A :IF 93011797 C.N.S.S:2923028
Banque:BPRIAD181810212113124507000141
Tél :+212537716782

Le 25/05/2022

FACTURE N°424291

N° ICE :

N° IF : 93011797

EL OUAHDANI MOHAMED AMINE

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	HUMIRA 40MG/2SERIN G	6 290,00	18 870,00		

TOTAL T.T.C :

18 870,00

Nbr Articles **TVA 7% Base :** **Montant :** **TVA 20% Base :** **Montant**

*Arrêté la présente facture à la somme de :
Dix-huit Mille Huit Cent Soixante-dix Dirhams.*

HUMIRA® 40 mg

Solution injectable en seringue préremplie
Adalimumab

Lot N°:

34247LX05

EXP:

09/2023

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Humira 40mg/0,8ml b2 spr
mv

P.P.V : 6290,00 DH



6 118001 183982

HUMIRA® 40 mg

Solution injectable en seringue préremplie
Adalimumab

Lot N°:

34247LX05

EXP:

09/2023

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Humira 40mg/0,8ml b2 spr
mv

P.P.V : 6290,00 DH



6 118001 183982

HUMIRA® 40 mg

Solution injectable en seringue préremplie
Adalimumab

Lot N°:

34247LX05

EXP:

09/2023

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Humira 40mg/0,8ml b2 spr
mv

P.P.V : 6290,00 DH



6 118001 183982