

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.

Nº W19-537864

AS8213

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3467	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Sauvage Attache
Nom & Prénom : Sauvage Attache			
Date de naissance : 01/01/1958			
Adresse : Av Journe Moulay Idriss El Cabs N°11 Hay Essassine Casablanca			
Tél. : 0661284325	Total des frais engagés : 90,40 Dhs		

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"/> Enfant			
Nature de la maladie : Diabète type II			
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 : **DRB** Le : **14/04/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	Nº W19-537864
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 3467	Nom de l'adhérent(e) : Sauvage Attache
Total des frais engagés : 90,40	Date de dépôt :

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 Commis Sur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE UNIVERSITAIRE RYANIS PHARMA Allal Ben Abdellah - 2000 08 08 50 86 79 2849918000083	14/04/23	9040

The image shows a business card for a pharmacy. The card features a large, stylized logo at the top left containing the text 'PHARMACIE UNIVERSITÉ SIDI KAMYANIS PHARMA'. To the right of the logo, the address '1, Avenue Allal Ben Abdellah' and the phone number 'Tél : 08 08 50 86 79' are listed. At the bottom right, there is a handwritten note: 'Cachet et signature du pharmacien ou du fournisseur'. The entire card has a blue watermark-like background.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

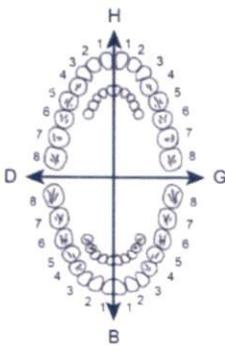
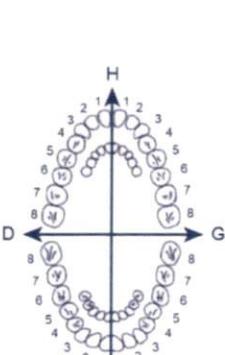
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 : []								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []								
				MONTANTS DES SOINS []								
				DEBUT D'EXECUTION []								
				FIN D'EXECUTION []								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []								
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>25533412 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr></table>			H		D	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G		B	
H												
D	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553										
G												
B												

 MONTANTS DES SOINS [] || | **[Création, remont, adjonction]** Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | **DATE DU DEVIS** [] |
| | | | | **DATE DE L'EXECUTION** [] |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Pharmacie UNIVERSELLE (Société KAMYANIS
PHARMA SARL AU) - Rabat**

Mounir KADIRI HASSANI
0808508679



Facture N° FAC-63641

Date : 14/04/2023

SAMRI AHMED

RABAT, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
GLUCOPHAGE CO 850MG B60 COMP GM	2	45,20	1	90,40

Code de TVA	1	2	3	Total HT	90,40 DHS
Taux	0%	7%	20%	TVA	0 DHS
Montant (DHS)	0	0	0	Total Organisme	0 DHS
				Total Client	90,40 DHS
				Total	90,40 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : quatre-vingt-dix DHS et quarante centimes

PHARMACIE UNIVERSELLE
KAMYANIS PHARMA SARL
1, Avenue Allal Ben Abdallah - Rabat
Tel : 08 08 50 86 79
ICE : 002849918000083

LOT 221855
EXP 12/2027
PPV 45.20DH



MERCK

Glucophage® 850 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale

60 Comprimés pelliculés

LOT 221855
EXP 12/2027
PPV 45.20DH



MERCK

Glucophage® 850 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale

60 Comprimés pelliculés