

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-582545

164245

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société : <u>RAN.</u>	
Matricule : <u>00683</u>	Actif <input type="checkbox"/>	Pensionné(e) <input checked="" type="checkbox"/>	Autre : <u>Y.HAMED</u>
Nom & Prénom : <u>AOUAD</u>		Date de naissance : <u>11-12-1943</u>	
Adresse : <u>256 B^e DE BORDEAUX ETG 5 APP 10</u>		Tél. : <u>06 63 18 80 44</u>	
Total des frais engagés : <u>1679,00</u> Dhs			

Cadre réservé au Médecin	<input type="text"/>
Cachet du médecin :	<input type="text"/>
Date de consultation :	<u>AOUAD Y.HAMED</u>
Nom et prénom du malade :	<u>Age: 79</u>
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>maladie Chronique</u>
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 : CASABLANCA le : 03/06/2023
Signature de l'adhérent(e) : R. ACHUEIL



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="checkbox"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE YOUSSEF SIDI CHERIF D'ASLANE 139, Boulevard M. Youssef Casablanca - Tél: 05 22 22 22 22 Ref: 092043355	03/06/2023	1679,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

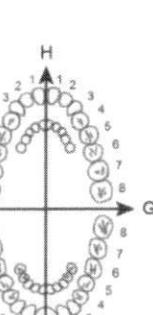
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE MY YOUSSEF
SELMA CHERIF D'OUAZZANE
139 BD MOULAY YOUSSEF
CASABLANCA
 Taxe Profes. N°: 35405678
 N° R.C. : 311840 N° CNSS : 6387733
 N° ID.F. : 40100310 N° ICE 001597613000058
 Tel : 022222725
 Fax : 022480768

Aouad mhamed

I.C.E. :

Le : 03/06/2023

FACTURE N°: 9352/23

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
2	TRESIBA FLEX TOUCH 100 U/ML	243,00		486,00
1	VICTOZA 6 MG BT 2 STYLOS	1193,00		1 193,00

Total : 1 679,00

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :
MILLE SIX CENT SOIXANTE DIX NEUF DIRHAMS

PHARMACIE My YOUSSEF
Salma CHERIF D'OUAZZANE
Docteur en Pharmacie
139 Boulevard My Youssef
Casablanca - Tél: 05 22 22 27 25

INPE: 092043355

Tresiba® FlexTouch®
 100 unités/ml
 Solution injectable
 1 stylo pré-rempli 3 ml
 PPV : 243,00 DHS



8-9560-73-270-1

Tresiba® FlexTouch®
 100 unités/ml
 Solution injectable
 1 stylo pré-rempli 3 ml
 PPV : 243,00 DHS



8-9560-73-270-1

Victoza®
 6 mg/ml
 Solution injectable
 2 stylos pré-remplis 3 ml
 PPV : 1193,00 DHS



8-9695-73-280-3