

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-582547

168373

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00683 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : AOUAD M'HAMED
 Date de naissance : 10-12-1943
 Adresse : 256 Bd DE BORDEAUX ETG 5
 APP: 4° 10 CASABLANCA
 Tél. : 06 63 18 80 44 Total des frais engagés : # 1091,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : AOUAD M'HAMED Age: 79 ans
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : maladie chronique
 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 : 14 JUL 2023 10h 10.6.2023
 Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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	
	10/06/2023	1091,20	

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	

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 canaux, 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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>				H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(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

PHARMACIE MY YOUSSEF
 SELMA CHERIF D'OUAZZANE
 139 BD MOULAY YOUSSEF
 CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35405678

N° R.C. : 311840

N° ID.F. : 40100310

Tel : 022222725

Fax : 022480768

N° CNSS : 6387733

N° ICE 001597613000058

MR OUAD MHAMED

I.C.E. :

Le : 10/06/2023

FACTURE N°: 9364/23

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
2	CARDIOASPIRINE 100MG 30CPS	27,70		55,40
1	CO-IRVEL 150/12.5 MG BT 28 CPS	134,50	7	134,50
1	DETENSIEL 10MG COMPS/30	72,00		72,00
1	NOLIP 10 MG BT 30 CPS	154,10		154,10
2	PLAVIX 75MG 28CPS	316,00		632,00
1	ZYLORIC 300 COMPS.28	43,20	7	43,20

TVA 7%: 11.63

Total : 1 091,20

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :
 MILLE QUATRE-VINGT ONZE DIRHAMS ET VINGT CTS

PHARMACIE My YOUSSEF
 Selma CHERIF D'OUAZZANE
 Docteur en Pharmacie
 139, Boulevard My Youssef
 Casablanca - Tél: 05 22 22 27 25
 INPE: 092043355

Cardioaspirine 100 mg/30cps
 Acide acetylsalicylique
 P.P.V. : 27,70 DH
 Bayer S.A.
 6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
 Acide acetylsalicylique
 P.P.V. : 27,70 DH
 Bayer S.A.
 6 118001 090280

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat - R.P.1,
 Ain sabaâ Casablanca
 Plavix 75 mg cp pel b 28
 P.P.V : 316,00 DH
 6 118001 081257

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat - R.P.1,
 Ain sabaâ Casablanca
 Plavix 75 mg cp pel b 28
 P.P.V : 316,00 DH
 6 118001 081257

Lot N° :
 Exp : 134,50
 PPV :

43,20

DÉTENSIEL® 10 mg
 30 comprimés pelliculés sécables
 6 118001 101788
 PPV : 72,00 DH
 Distribué par Cooper Pharma

LOT 230004
 EXP 1725
 PPV 1520
 1540