

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.

N° W19-582519

187676

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	00683	Société : <u>D.R.M.</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>AOUAD M'HAMED</u>			
Date de naissance : <u>11-12-1943</u>			
Adresse : <u>256 BIS DE BORDENAU ESS APPARTEMENT</u>			
Tél. :	0663188044	Total des frais engagés : <u>1679,80</u> Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <u>AOUAD M'HAMED</u> Age : <u>70 ans</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 : 05/03/2003 Le : 05/03/2003

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE: 092043355	20/11/2023	679,80

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de T0DF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

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° I.D.F. : 40100310 N° ICE 001597613000058
 Tel : 022222725
 Fax : 022480768

Mhamed aouad

I.C.E. :

Le : 20/11/2023

FACTURE N°: 9725/23

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	CARDENSIEL 1.25 BT/30	77,80		77,80
1	COPLAVIX 75MG/100MG	270,00	7	270,00
1	IRVEL 150 MG / 30 CPS	108,70	7	108,70
2	LASILIX 40MG COMPS/20	34,60		69,20
1	NOLIP 10 MG BT 30 CPS	154,10		154,10

TVA 7%:

24.77

Total :

679,80

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

SIX CENT SOIXANTE DIX NEUF DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS

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

6 118001 100842
 Cardensiel® 1,25 mg
 Comprimés pelliculés B/30
 PPV: 77,80 DH

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat -R.P.1,
 Ain sebâa Casablanca
 Coplavix 75mg/100mg
 b30 cp
 P.P.V : 270,00 DH
 6 118001 082018

AFRIC-PHAR
 LOT EXP
 231257 05/2026
 PPV : 108DH70

LASILIX 40MG
 20CP SEC
 P.P.V :34DH60
 6 118000 060468

LASILIX 40MG
 20CP SEC
 P.P.V :34DH60
 6 118000 060468

154,10
 154,10