

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-728513

par
K. JADOUR

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7008	Société : RAM	1032324	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : K. JADOUR			
Date de naissance : 14 09 57			
Adresse : HABITUELLE			
Tél. : 0661373313 Total des frais engagés 1035.5 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : K. JADOUR			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : AVC			
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 : SIDI KACIR			
Signature de l'adhérent(e) : K. JADOUR			
Le : 08/01/2024			

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 : SIDI KACIR

Signature de l'adhérent(e) : K. JADOUR

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" value="1111111111"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/01/2025	103,80

INP : 102015369

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

<p>RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES</p> <p>Dates des Actes</p> <p>Natures des Actes</p> <p>Nombre et Coefficient</p> <p>Montant détaillé des Honoraires</p> <p>Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes</p> <p>INP : <input type="text" value="1111111111"/></p>		<p>Le praticien</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prescription</p> <p>Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat - R.P.1, Ain sebaâ Casablanca Copavix 75mg/100mg b30 cp P.P.V : 270,00 DH 6 118001 082018</p> <p>INP : <input type="text" value="1111111111"/></p>	
<p>EXECUTION DES ORDONNANCES</p> <p>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</p> <p>Date</p> <p>Montant de la Facture</p> <p>INP : 102015369</p>		<p>SOINS DENTAIRES</p> <p>Dents Traitées</p> <p>Nat</p> <p>INP : <input type="text" value="1111111111"/></p>	
<p>ANALYSES - RADIGRAPHIES</p> <p>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</p> <p>Date</p> <p>Désignation des Coefficients</p> <p>Montant des Honoraires</p>		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXECUTION</p> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>	
<p>AUXILIAIRES MEDICAUX</p> <p>Cachet et signature du Particien</p> <p>Date des Soins</p> <p>Nombre</p> <p>Montant détaillé des Honoraires</p>		<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p>H 25533412 21433552 00000000 00000000</p> <p>D 00000000 00000000 35533411 11433553</p> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	
<p>INP : 11011126</p> <p>INP : 14011126</p> <p>INP : 14011126</p>		<p>INP : 11011126</p> <p>INP : 14011126</p> <p>INP : 14011126</p>	

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés

PPV 29DH50 EXP 05/2025
LOT 33021 1

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés

PPV 29DH50 EXP 05/2025
LOT 33021 1

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés

PPV 29DH50 EXP 05/2025
LOT 33021 1

Facture N° 20240109-573

Date de vente : 09/01/2024
Médecin traitant :

ktiri jaouad

Maroc

Produit

	Qté.	P.U	TVA	Total
MYANTALGIC CO 37.5MG 325MG B20 COMP	3	29,50	TVA (7.00%)	88,50
CRESTOR CO 20MG B30 COMP PELLI	1	250,00	Exonéré (0.00%)	250,00
SCITAP CO 10MG B30 COMP	1	154,30	TVA (7.00%)	154,30
COSYREL CO 5MG/10MG B30 COMP PELLI	1	98,10	Exonéré (0.00%)	98,10
COPLAVIX CO 75MG/100MG B30 COMP	1	270,00	Exonéré (0.00%)	270,00
NATRIXAM CO 1.5MG/10MG B30 COMP	2	87,50	Exonéré (0.00%)	175,00

Total HT	1 020,02 DHS
TVA	15,88 DHS
Total	1 035,90 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : mille trente-cinq DHS et quatre-vingt-dix centimes

Société Pharmacie
Bensaïd Abderrahim
23 Bis, Av. Amir Sidi Megharia
Salé, Tél : 05 37 82 90 53
ICE 00317998900041 - RC 37/35