

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.

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 (UG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MALADIE CHRONIQUE

Déclaration de Maladie

N° W19-451420

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

4817

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LOVLI DI SAAD Fouad

Date de naissance :

27-01-1960

Adresse :

Hab. Inelle

Tél. : 0522 91 23 40

Total des frais engagés : 952,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

30 SEP. 2019

Age:

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 30/09/2019

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 Fourmeisseur
 PHARMACIE AL QUARD
 53, Av. Oued Sabou, Casablanca
 Tél / Fax : 05 22 80 44 66
 T.F. : 031541468000051

Date

Montant de la Facture

13/01/19

952,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

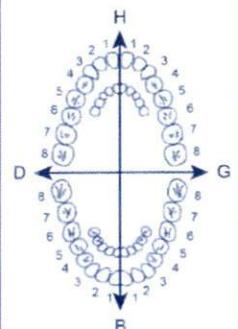
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

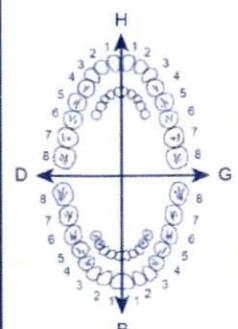
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

PHARMACIE AL OUARD

55.AV OUED SEBOU HAY ALOUARD OULFA ICE:001541468000057
CASABLANCA
Tél : 0522905345
Patente : 35022195

Facture N° 801 690 Du 13/09/2019

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CO	JANUMET 50 MG/1000MG BT/56	2	437,00	874,00
CO	DIAMICRON LM 60 MG / 60 CO GM	1	78,70	78,70
2	Total	3		952,70

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
NINE HUNDRED FIFTY-TWO DIRHAMS ET SEVENTY CENTIMES

PHARMACIE AL OUARD
S. CHALAK Haj Nassar
Docteur en Pharmacie
55, Av. Oued Sebou - El Oulfa
Tél / Fax : 05 22 90 53 45
CASABLANCA
ICE : 001541468000057

7002734/01044-1

7002734/01044-1



6 118001 160495
JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI
Boîte de 56 comprimés pelliculés
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH



6 118001 160495
JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI
Boîte de 56 comprimés pelliculés
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

DIAMICRON® 60 mg

Glicazide

60 Comprimés sécables à Libération Modifiée



قائمة 1 - يصرف لا يحب و صفة طبية
Liste 1 - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Uniquement sur ordonnance - Liste 1
يصرف فقط بر جر و صفة طبية - فئضة 1

Liste 1 - Uniquement sur ordonnance

Respecter les doses prescrites
احترم الجرعات الموصى بها

Respecter les doses prescrites
احترم الجرعات الموصى بها

Mfg/Exp: 03-2019 03-2021
03-2019 03-2021
S013113 S013113
Lot/Numéro:

Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Innrs PEVACO, lot FATH 4
Route d'Asniour, 20180 Casablanca
Maroc

SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60 mg
60 comprimés



6 118001 130153