

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 05488

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENBOUHIA MOHAMED

Date de naissance : 30/05/1966

Adresse : RESIDENCE ACHARAF Imm. D Esc D Appt 01
AIN CHOCK CASABLANCA

Tél. : 0661618189

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

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.

Joint à : *Certains* l'adhérent(e).

Le : 02/09/2019

Signature

Signature

Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACH-CHARAF <u>Dr. Bouchra TAOUDI</u> <u>Coopérative Ach-charaf N° DMA2</u> <u>Hay Inara Haddaouia Casablanca</u> <u>Tél : 05 22 21 64 09</u>	10/18/19	744.00

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>																
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> Coefficient des travaux <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> Montants des soins <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> Début d'exécution <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> Fin d'exécution <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/> </div>																
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: left;"></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> Coefficient des travaux <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> Montants des soins <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> Date du devis <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> Date de l'exécution <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/> </div>
	H	25533412	21433552																	
		00000000	00000000																	
	D	00000000	00000000																	
		35533411	11433553																	
	B																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie ACHCHARAF - Casablanca



ACH-CHARAF

0522216409

COOPERATIVE ACH-CHARAF N° DM2 Hay Inara Haddaouia , Casablanca

Facture N° 20190822-877

Date de vente : 10/08/2019

Médecin traitant :

JAMALEDINE LAILA

CASA, Maroc

MD

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
COVERAM CO 5/5MG B30 COMP	1	208,00	Exonéré (0.00%)	208,00
CARDENSIEL CO 2.5MG B30 COMP	1	54,10	Exonéré (0.00%)	54,10
NOCTIZEN CO 10MG B20 COMP	1	44,90	TVA (7.00%)	44,90
JANUMET CO 50/1000MG B56 COMP	1	437,00	Exonéré (0.00%)	437,00

70027234/010414-
6 118001 160495
JANUMET® 50/1000 mg
AMM 590MP/21/NCI
Boîte de 56 comprimés pelliculés
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH

PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. Bouchra TAOUDI
Coopérative Ach-charaf N°DM2
Hay Inara Haddaouia Casablanca
Tel.: 05 22 21 64 09

Total HT	741,06 DHS
TVA	2,94 DHS
Total	744,00 DHS

208,00

44,90

Arrêté la présente facture à la somme de : sept cent quarante-quatre DHS

IF : 34026384 RC : 337524 ICE : 001079460000073

Tel : 0522216409

Adresse : COOPERATIVE ACH-CHARAF N° DM2 Hay Inara Haddaouia , Casablanc