

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.

N° W19-458199

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 00190	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : CHOUAIBI HOUSSANE			
Date de naissance : 1933			
Adresse : 117 BIS Rue Youssef CAGH			
Tél. 05 22 27 22 59	Total des frais engagés : 4180 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 29 OCT. 2019			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	Age:	
<input type="checkbox"/> Conjoint			
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 : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) : _____



BELEVE 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
<i>Docteur en Pharmacie 135, boulevard M. SABLANCA - Tel 03 22 22 22 22</i>	<i>21/08/19</i>	<i>17,10</i>
<i>3</i>	<i>21/08/19</i>	<i>29,70</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 canalaires, 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"/>										
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D														
B														
35533411	11433553													
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

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° IDE: 40100310

N° ICI: 001597613000058

Tel : 022222725

Fax 022480768

CHOUAIBI HOUSSAINE

I.C.E.:

Le 25/08/15

FACTURE N°: 5585/19

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	CLARADOL CITRON 500 MG/16 CPS	17,10	7	17,10
TVA 7%:		1.12	Total :	17,10

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

DIX SEPT DIRHAMS ET DIX CTS

PHARMACIE MY YOUSSEF
Selma CHERIF My. YOUSSEF
139 Doctor en OUAZZANE
Boulevard en PHARMAZANE
CASABLANCA. Tél: 05 22 22 27 25

Composition :
PARACETAMOL: 500 mg
Excipients q.s.p. un comprimé effervescent.
Edulcoré à la saccharine sodique.

16 comprimés effervescents

PPU: 17.10 DH
CB00300
EXP: 07/2021

CLARADOL

PHARMACIE MY YOUSSEF

SELMA CHERIF D'OUAZZANE

139 BD MOULAY YOUSSEF

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35405678

N° R.C. : 311840

N° CNSS : 6387733

N° ID.F. : 40100310

N° ICE 001597613000058

Tel : 022222725

Fax 022480768

CHOUAIBI HOUSSAINE

I.C.E. :

Le 21/08/19
Selma Chérif D'ouazzane
139 Bd Moulay Youssef
Casablanca
Tél: 05 22 27 25
Fax: 02 22 27 25

FACTURE N°:

5491/19

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	DOLIPRANE 1000 MG 10 CPS	14,00	7	14,00
1	TOPLEXIL SIROP	15,70	7	15,70
TVA 7%:		1.94	Total :	
				29,70

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

VINGT NEUF DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS



TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML
P.P.V : 15DH70
LOT 8/2020
6 118000 060901