

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-456074

ND : 39460

<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 : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AOUAD MIHAMED			
Date de naissance : 11-12-1943			
Adresse : 256 Bd DE BORDEAUX ETG 3			
Appart n° 10 CASABLANCA			
Tél. : 0522 76 80 80	Total des frais engagés : 3103,90 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : AOUAD MIHAMED Age:			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Maladies Chroniques.			
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 : 25/10/2020

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"/>
.....
.....
.....

**Cachet du Pharmacien
du Dr. Mousset**

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cache du Pharmacien Cache du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SALMANCA - Tel. 03 22 22 22 22 139, Boulevard M. Dochu en SALMANCA	25/6/2020	2103,90

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
		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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

[Création, remont, adjonction]

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° ID.F. : 40100310
 N° CNSS: 6387733
 Tel : 022222725
 Fax : 022480768

AOUAD MHAMED

I.C.E. :

N° ICE 001597613000058

Le : 25/07/2020

FACTURE N°: 6831/20

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	VEPRAN 300 MG BT 28 CPS	150.00	150.00
1	DETENSIEL 10MG COMPS/30	72.00	72.00
1	TENSEMIDE 5 MG BT 30 CPS	39.30	39.30
2	ASPEGIC 100 SACHETS	21.80	43.60
2	GLUCOPHAGE 1000 MG BT 30	28.00	56.00
1	VICTOZA 6 MG BT 2 STYLOS	1193.00	1193.00
1	JARDIANCE 25 MG	550.00	550.00

TVA 7%:

12.67

Total :

2 103,90

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

DEUX MILLE CENT TROIS DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS

PHARMACIE MY. YOUSSEF.
 Salma CHERIF D'OUAZZANE
 Docteur en Pharmacie
 139, Boulevard My. Youssef
 CASABLANCA Tel: 05 22 22 27 25

150,00

LOT 200410
 EXP 03/2023
 PPV 28.00DH

28,00

DÉTENSIEL® 10 mg
 30 comprimés pelliculés sécables

 6 118001 101788
 PPV : 72,00 DH
 Distribué par Cooper Pharma

LOT: 12219003
 PER: 12/2022
 PPV: 39,30 DH
 air horn lo portée et le

ASPEGIC 100MG
 SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



ASPEGIC 100MG
 SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

Victoza®
 6 mg/ml
 Solution injectable
 2 stylos pré-re

-- LAPROPHAN --
 PPV: 1193DH00



6 118001 121403

6 118001 041084

Jardiance 25 mg
 (Empagliflozine)
 30 Comprimés pelliculés
 BOTTU S.A. PPV: 550 DH 00

8-09-09-2022-2022