

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

47066

Déclaration de Maladie : N° P19-0020480

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **05488**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **BEN RABHIA M'SHARI**

Date de naissance : **30/10/1960**

Adresse : **A. H.**

Tél. : **06.61.61.81.89**

Total des frais engagés : **1190,-** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **MD**

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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.

Fait à **Casablanca**

Le : **09/11/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

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
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE ACH-CHARAF Dr. Bouchra TAOURI Coopérative Ac-charaf, N° DM2 Hay Inara, Haddouia - CASA Tél : 05 22 21 64 00</p>	05/11/2020	1190,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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

O.D.F
PROTHESES DENTAISES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

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° 20201105-877

Date de vente : 05/11/2020

Médecin traitant :

BENBOUHIA MOHAMED

CASA BLANCA, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
TOUJEO SOLOSTAR IN 300 UNITES/ML B3 STYLOS	1	579,00	Exonéré (0.00%)	579,00
HUMALOG KWIKPEN IN 100UI/ML INJECTABLE	5	111,00	Exonéré (0.00%)	555,00
GLUCOPHAGE CO 1000MG B30 COMP	2	28,00	Exonéré (0.00%)	56,00

Ganofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Min sebaâ Casablanca
TOUJEO 300 UI, sol Inj
telo b3 st
P.P.V : 579,00 DH

LOT D060626F.2
UT AV 02 2022
PPV 111.00 DH

LOT D060626F.2
UT AV 02 2022
PPV 111.00 DH

LOT D134320M.1
UT AV 07 2022
PPV 111.00 DH

Total HT	1 190,00 DHS
TVA	0 DHS
Total	1 190,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : mille cent quatre-vingt-dix DHS

LOT D060626F.2
UT AV 02 2022
PPV 111.00 DH

LOT 200163
EXP 02/2023
PPV 28.00DH

28,00

IF : 34026384 RC : 337524 ICE : 001079460000073

Tel : 0522216409

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