

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.



Déclaration de Maladie

M22- N° 000795

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1224 Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HDOUCHE AHMED

Date de naissance : 27-06-48

Adresse : 60 - RUE IBRAHIM HALAKA RES - KENZA

BOURGOGNE - CASABLANCA

Tél : 06 66 80 12 25 Total des frais engagés : 651,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ABADAN TOURIA Age: 68 Ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 13 / 10 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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

13.10.22

651,80

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
A M P C I M I V

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

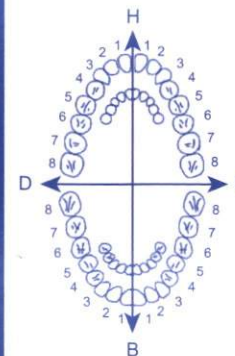
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

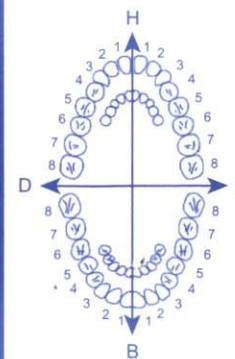
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



[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



PHARMACIE DES ENFANTS

34, RUE IBNOU JAHIR .BOURGOGNE AL ANK

PHARMACIE des Enfants



صيدلية الأطفال

R.C :

Patente:35652327

T.V.A :

C.N.S.S:2172310

DR EN PHARMACIE

De La Faculté de Pharmacie
Université Libre de Bruxelles

Tél :0522 209044

Le 13/10/2022

FACTURE N°594747

N° ICE : 001808939000087

N° IF : 20702603

MME ABADAN TOURIA

| Qté | Désignation | Prix Public de Vente PPV Unitaire | Total BRUT | Dont TVA | % Taux |
|-----|--------------------------------|--------------------------------------|---------------|-------------|-----------|
| 1 | IRPHI PLUS 300 MG /25 MG /30 C | 160,90 | 160,90 | | |
| 1 | TOT'HEMA 10ML B/20 AMP BV | 43,00 | 43,00 | 2,81 | 7,00 |
| 1 | TOTIFEN SIROP | 53,30 | 53,30 | | |
| 1 | BIOVANIC 500MG / 7CP | 87,00 | 87,00 | 5,69 | 7,00 |
| 1 | URITAB XL 10MG BT/30CPS | 147,60 | 147,60 | 9,66 | 7,00 |
| 1 | CERUVIN 75MG / 28CPS | 160,00 | 160,00 | | |

53,30

PHARMACIE DES ENFANTS
Dr. BOUJIDA Nadia
34, Rue Ibnou Jahir - Bourgogne
Tél.: 0522 20 90 44 - Casablanca

43,00

30 Comprimés
LOT: 020
PER: JUN 2023
PPV: 160 DH 90

LOT: M0749
PER: 03/2024
PPV: 97,08 DH

AMM N°: 150/19DMP/21/NNP
N° Lot: 1TZ167
Fab: 05/2021
Per: 05/2023
P.P.V 147.60 MAD(Dhs)

PPV: 160DH00
Lot n°:
Exp:

TOTAL T.T.C :

651,80

| | | | | | | |
|--------------|---------------|--------|-----------|-------|----------------|---------|
| Nbr Articles | TVA 7% Base : | 277,60 | Montant : | 18,16 | TVA 20% Base : | Montant |
|--------------|---------------|--------|-----------|-------|----------------|---------|

34, Rue Ibnou Jahir, Bourgogne - CASABLANCA - Tél : 0522 20.90.44

Arrêté la présente facture à la somme de :

Patente : 356327 - RC : 263303 - ICE : 001808939000087

Six Cent Cinquante Un Dirhams et 80 centimes.