

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 canaux, 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 canaux.

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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-725951

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 66402 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AKERZOUH DRISS

Date de naissance : 09-02-1965

Adresse : 55 RUE 11 LOT EL WAHDA 1 DEROUA

Tél. : 0673725437 Total des frais engagés : 01540,80 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HANANI KADIA Age: 50

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 : DEROUA Le : 19/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : /

VOLET ADHERENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du M attestant le Paiement des
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE ELFAIZ

50 Lot Khadija 2 Derc

Tel: 0522575869

INPE: 062071030

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

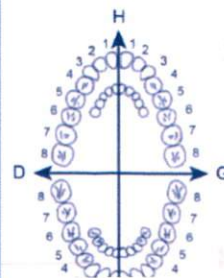
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



maphar

ZI Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc

LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30

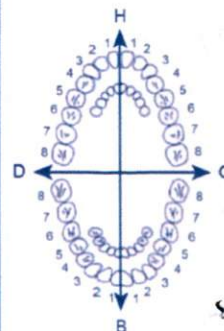
P.P.V. : 116,80 DH

608070A



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

LOT D455069H.2
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069H.1
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069H.2
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069H.2
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069H.6
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069H.2
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTE



DR ELFAIZ

PHARMACIE EL FAIZ

50 LOT KHADIJA 2 DEROUA

R.C :21908

Patente:55800221

T.V.A :

Tel :05 22 51 58 69

Le 19/10/2022

FACTURE N°856

N° ICE : 002029128000017

N° IF : 25001081

HAMRANI KHADIJA

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
6	INS HUMALOG MIX 50 / 1 STYLO	111,00	666,00		
1	LIPANTHYL 160MG / 30 CPS	116,80	116,80		
2	BANDELE BIONIME / 50	130,00	260,00	43,33	20,00
1	AIGUILLES MEDIFINE 6 MM 50PCS	70,00	70,00	11,67	20,00
1	JANUMET 50/1000 / 56 CPS	437,00	437,00		
<div>PHARMACIE EL FAIZ 50 Lot Khadija 2 Deroua Tel:0522515869 INPE:062371030</div>					
TOTAL T.T.C :				1 549,80	

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	330,00	Montant	55,00
--------------	---------------	-----------	----------------	--------	---------	-------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Mille Cinq Cent Quarante Neuf DIRHAMS et 80 centimes.

Janumet 50 mg/1000 mg

جانيومت 50 ملجم / 1000 ملجم

أقراص مغلفة; Comprimés pelliculés;

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 160495

BIONIME

Blood Glucose Test Strip



2024-01-07

LOT

212232304

GS300

130

GS300



4 710949 338558



Maroc Diabete Plus

94 Abou Assalt

Casablanca Morocco

BIONIME

Blood Glucose Test Strip



2024-01-07

LOT

212232304

GS300

130

GS300



4 710949 338558



Maroc Diabete Plus

94 Abou Assalt

Casablanca Morocco



MediGlobal®

Medi Fine®

Développement bien-être



MediGlobal®


MAROC



CORÉE DU SUD



Fabriqué au Maroc par **MediGlobal**®

 22 Lot Mauritanie, Zi Ain Sebaa

Casablanca Maroc

Tél : 05 22 34 32 49 - Fax : 05 22 66 26 53

E-mail : mediglobal@mediglobal.ma

LOT : 19FNB206M

EXP : 20/02/2024

REF : MG31-6M50

mm

31GX50pcs