

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

M22- 0015460

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2591

Société : 136362

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : OULAL

Date de naissance : 13/03/1953

Adresse : 2 bis Rue NAHDA Oujda

Tél. : 0665272016

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation

Nom et prénom du malade

Lien de parenté :

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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
27/10/22	10	05	1500 Ft	Dr. Nadia Spécialiste de l'Orthodontie INP : 081966 Polyclinique CNSS Louisa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHU Dr. M. AL IRFANE 10 Bd. Jellouli 1000 Tunisie Tel: 05 36 53 22 20 0882067935	27/10/22	20419 Ft

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
DEBUT D'EXECUTION				MONTANTS DES SOINS	
FIN D'EXECUTION				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
	D	00000000	00000000		
		35533411	11433553		
	B				
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



N° IPP :	182426	N° SEJOUR :	220035035	FACTURE N° 2202013465				DATE D'ENTREE :	27/10/2022	DATE DE SORTIE :	27/10/2022
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	OULAL,Halima				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI						
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S :						
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :					E. SOC. ETRANG. :						
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :										
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
ACTES COTES EN C											
CONSULTATION DE SPECIALISTE OU PROFESSEU	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant : 10982 DR ATTAR NADIA (MEDECINE INTERNE)	TOTAUX :	150.00								150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS	REMISE :	0.00	REGLE :						AVOIR:	
	RESTE DU:	150.00								
DATE FACTURE : 27/10/2022	EDITEE LE : 27/10/2022	PAR: BENAOD	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>							
VISA			N° DE POLICE :				DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - OUJDA							
			BANQUE : BMCE - OUJDA							
			N° compte bancaire : 011570000013210006052792							

Requête Consultation

ordonnance

Le 27 Octo 2022

Nom et Prénom du malade :

g. n. oual Halima

- Urgence 24/24h
- Radiologie 24/24h
- Médecine Générale
- Pédiatrie
- Médecine Interne
- Castro-Hépato-Entérologie
- Réanimation
- Ophtalmologie
 - Chirurgie infantile
 - Chirurgie générale
 - Traumatologie
 - Orthopédie
 - Gynéco obstétrique
 - Laboratoire
 - Diagnoses
 - Neurologie
 - Urologie
 - Dermatologie
 - ORL
 - Hémodialyse
 - Néphrologie
 - Cardiologie
 - Oncologie

PHARMACIE CHU
AL IRFANE

Dr. M. AL IRFANE
14, Bd. Jellouli Med Hay Saad
Tel: 05 36 53 22 20 Oujda

Levotyrox 15 mg

le matin avant
repas

$\alpha = 3$ mois

dr. Hydroxy

58,00 1 g / mois $\alpha = 3$ mois

mg

T = 2040

PHARMACIE CHU
Dr. M. AL IRFANE
14, Bd. Jellouli Med Hay Saad
Tel: 05 36 53 22 20 Oujda



EXP:
Lot:
Fab:

03/2023
600KWN
04/2020

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne



6 118001 102020

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

EXP:
Lot:
Fab:

03/2023
600KWN
04/2020

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne



6 118001 102020

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

EXP:
Lot:
Fab:

03/2023
600KWN
04/2020

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne



6 118001 102020

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

EXP:
Lot:
Fab:

03/2023
600KWN
04/2020

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne



6 118001 102020

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

EXP:
Lot:
Fab:

03/2023
600KWN
04/2020

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne



6 118001 102020

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

EXP:
Lot:
Fab:

03/2023
600KWN
04/2020

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne



6 118001 102020

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342