

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.

137374

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4673

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : BAHRA Ali

Autre :

Date de naissance : 08-02-2022

Adresse : BP. 4002 Darb Sidna Sultay El Firda

Caria

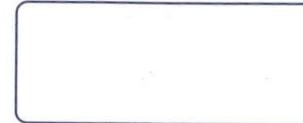
Tél. : 06 61 21 59 36

Total des frais engagés : 344,40 Dhs

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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 : Caria

Le : 15/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Salma



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOBIA Pour Ordonnance Lot. Ghazane Angle Bd. El Fouad Suljad Ziane - Hay Tissir - CASA 022 63 69 . no	12/11/22	344,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

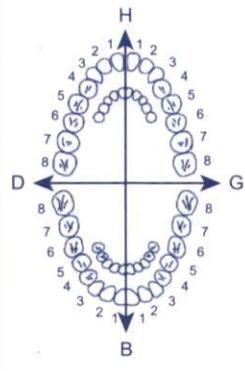
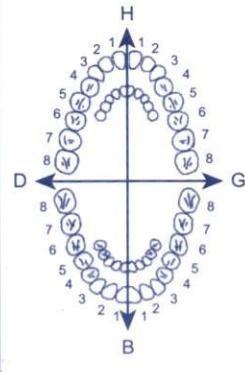
AUXILIAIRES MEDICAUX

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS**

code : PR2FR04

Version .01

Date : 24/05/2022

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

BONIKA AH

Matricule :

4673

N° CIN :

Adresse :

BL 402 961 suite 2624 del 3rd - Casablanca

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, Mr :

Nécessitant un traitement d'une durée :

Entre 3 et 6 mois

< 3 mois

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

post de chirurgie

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

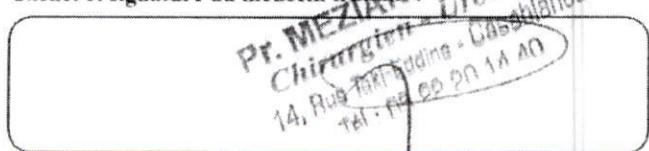
- cont Alice ouang
- mupras

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le 01/11/2022

Cachet et signature du médecin traitant



*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées



PHARMACIE NABILA

13 LOT GHIZLANE AN BD FOUARAT OULAD ZIAN

R.C :

Patente:31917074

T.V.A :

Tél : 0522 63 69 09

Le 12/11/2022

FACTURE N°74767

N° ICE :

BAHRA ALI

N° IF :

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
2	CONTIFLO CO 0.4MG 30G LP	109,70	219,40	14,35	7,00
2	URISPAS CO 30U	62,50	125,00	8,18	7,00



62,50

62,50
04 2025
220978

LOT
EXP
PPV

220979
04 2025
62,50

62,50

CONTIFLO® D

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg

CONTIFLO® D

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg



TOTAL T.T.C :

344,40

Nbr Articles	TVA 7% Base :	344,40	Montant :	22,53	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	--	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Trois Cent Quarante Quatre DIRHAMS et 40 centimes.

PHARMACIE NABILA
13. Pour Ordonnance
et Oulad Ziane Hay Tissir
Tél. 022 63 69 .09
CASA