

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3671

Société : Retraité R.A.M

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABDERRAZAK Souad

Date de naissance : 05/09/1973

Adresse : 3 bis Bd LORRAINE A.N. DIAZ

Tél. : 0661338803 Total des frais engagés :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 :

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 : LA.S.A Le : 17/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : SAAD



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
Pharmacie Nadia ZEMMA avenue du Père - Résidence Taghazout - Casablanca Tél. : 05 22 29 35 64	08 - 06 - 13	73,10
pharmacie Nadia ZEMMA Résidence	08 - 06 - 13	105,83

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

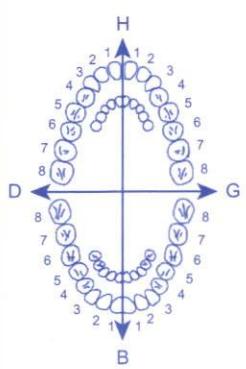
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient

O.D.F
PROTHESES DENTAISES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAILX

MONTANTS DES COINS

DATE DU
REVIS

DATE DE

DATE DE
L'EXECUTION



PHARMACIE LAHJAJMA

RESIDENCE TAGHAZOUT AV DU PHARE BOURGOGN

R.C :210940

T.V.A :40507890

Patente:35603144

C.N.S.S:2029602

Tél : 0522293564

Le 08/04/2023

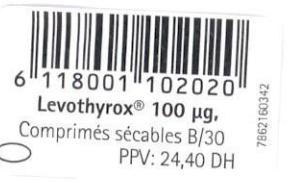
FACTURE N°831120

N° ICE : 001632880000001

ABDERRAZAK SOUAD

N° IF:

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	LEVOTHYROX CO 100MG 30U	24,40	73,20	4,79	7,00
	 <p>6 118001 102020 Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH</p>				
	 <p>6 118001 102020 Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH</p>				
	 <p>6 118001 102020 Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH</p>				
<p><i>Pharmacie Lahjajma</i> ZEMMAMA Nadia Avenue du Phare - Résidence Taghazout - Casablanca Tél. : 05 22 29 35 64</p>					

TOTAL T.T.C :

73,20

Nbr Articles TVA 7% Base : 73,20 Montant : 4,79 TVA 20% Base : Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :
Soixante-treize Dirhams et 20 centimes

PHARMACIE LAHJAJMA

RESIDENCE TAGHAZOUT AV DU PHARE BOURGOIN



PPV: 105,80 DH

R.C :210940

T.V.A :40507890

Patente:35603144

C.N.S.S:2029602

Tél :0522293564

Le 08/04/2023

FACTURE N°831120

N° ICE : 001632880000001

N° IF :

ABDERRAZAK SOUAD

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	Lioresal 10	105,80	105,80	6,92	7,00

Pharmacie Lahjajma
ZEMMAMA Nadia
Avenue du Phare - Résidence
Taghazout - Casablanca
Tel : 05 22 29 35 64

TOTAL T.T.C :

105,80

Nbr Articles	TVA 7% Base :	105,80	Montant :	6,92	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	--------	-----------	------	----------------	--	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :

Cent Cinq Dirhams et 80 centimes.

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

Nom et prénom : *Abderazzak Souad*

Matricule : N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr ACHOUR Ahd* Spécialité : *endocrinologue*

N° ICE : *001920829000025* N° INPE : *091002329*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Abderazzak Souad*

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

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

hypotlipyidé ancien.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Levo Bupre 100

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Coïca* le / 26/JAN. 2023

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 garantie la confidentialité des informations communiquées