

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.

M22- 0058871

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06.402

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AKE-RBOUL DRISS

Date de naissance : 09.02.65

Adresse : 55 RUE 11 LOT 12 WAHDA 1 DEROUA

Tél. : 0673725431

Total des frais engagés : 01034.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HAMRANI KHADISJA

Age: 50

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique ALD ALC Pathologie : MAMMOGRAPHIE

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 : 30/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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 ELFAIZ N°50 Lot Khadidja 2 Deroua Tel:05223-5669 INPE:062071030	25/05/23	1034,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE EL FAIZ

50 LOT KHADIJA 2 DEROUA

DR EL FAIZ

R.C : 21908

Patente: 55800221

T.V.A :

Tél : 05 22 51 58 69

Le 25/05/2023

FACTURE N°202305

N° ICE : 002029128000017

N° IF : 25001081

HAMRANI GHADIJA

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
6	GLUCOPHAGE 1000 MG / 30 CPS	28,00	168,00		
1	BANDELE BIONIME / 25	70,00	70,00	11,67	20,00
1	BANDELE BIONIME / 50	130,00	130,00	21,67	20,00
6	INS HUMALOG MIX 50 / 1 STYLO	111,00	666,00		

INPE: 062071030
Teli: 0522518869
N°50 LOT KHADIJA 2 DEROUA
PHARMACIE EL FAIZ

TOTAL T.T.C :

1 034,00

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant	TVA 20% Base :	200,00	Montant	33,34
--------------	---------------	---------	----------------	--------	---------	-------

Arrêté la présente facture à la somme de :

Mille Trente Quatre DIRHAMS.

70,00
LOT 230005
EXP 01/2026
PPV 28.00DH

LOT 230005
01/2026
28.00DH

LOT 221670
EXP 12/2025
PPV 28.00DH

LOT 221670
EXP 12/2025
PPV 28.00DH

LOT 230389
EXP 02/2026
PPV 28.00DH

LOT 221670
EXP 12/2025
PPV 28.00DH

LOT D455069AD.6
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069AD.2
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069AD.3
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069AD.3
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069AD.3
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069AD.2
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

4 710627 337996
Maroc Diabète Plus
94 Abou Assalt
Casablanca
Morocco

4 710949 338558
Maroc Diabète Plus
94 Abou Assalt
Casablanca Morocco

BIONIME
Blood Glucose Test Strip

2024-10-03
LOT 2122A1907

130,00

BIONIME
Blood Glucose Test Strip

50 PCS (2 vials of 25)



LOT 2422A0504
2024-09-19
Blood Glucose Test Strip
BIONIME