

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



MLD en votre possession
Déclaration de Maladie
M22- 0015566

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 735 Société : 164825
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : Fassi Fihri Haia
 Date de naissance : 05.12.1948
 Adresse : 52, Route d'Azemmour Res. Salsabil Casablanca
 Tél. : 06 61498668 Total des frais engagés : 809,00 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 : Casablanca Le : 12/06/2023
 Signature de l'adhérent(e) : MS Fassi

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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 Pharmacieux	Date	Montant de la Facture
	21/05/23	809,00

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	

Pharmacie BENBRAHIM

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le patient 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>	H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H														
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Handwritten notes at the top of the page, possibly including a date and some illegible text.

STREET MICHIGAN
DEPARTMENT LOTTERY
ILLINOIS
 1st Prize \$1,000,000
 2nd Prize \$250,000
 3rd Prize \$100,000
 4th Prize \$50,000
 5th Prize \$25,000
 6th Prize \$10,000
 7th Prize \$5,000
 8th Prize \$2,500
 9th Prize \$1,000
 10th Prize \$500
 11th Prize \$250
 12th Prize \$100
 13th Prize \$50
 14th Prize \$25
 15th Prize \$10
 16th Prize \$5
 17th Prize \$2
 18th Prize \$1

Quantity	DESCRIPTION	Price	TOTAL
1
1

FACTURE No 002100
 Date: 10/20/08

STREET MICHIGAN DEPARTMENT LOTTERY ILLINOIS
 1st Prize \$1,000,000
 2nd Prize \$250,000
 3rd Prize \$100,000
 4th Prize \$50,000
 5th Prize \$25,000
 6th Prize \$10,000
 7th Prize \$5,000
 8th Prize \$2,500
 9th Prize \$1,000
 10th Prize \$500
 11th Prize \$250
 12th Prize \$100
 13th Prize \$50
 14th Prize \$25
 15th Prize \$10
 16th Prize \$5
 17th Prize \$2
 18th Prize \$1

du C.I.L.

PHIM Touria

100 Boulevard Ibn Sina

Angle Bl Ghandi - Casablanca

Tél. : 05 22 36 18 68 / 05 22 94 06 43

IGR : 40909030 - CNSS : 2107036

Patente : 35806319

RC : 218524 - ICE : 001660452000032

صيدلية سيال

بنبراهيم ثورية

100 . شارع ابن سينا

زاوية شارع غاندي - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 94 06 43 / 05 22 36 18 68

الضريبة العامة على الدخل : 40909030

البتاتا : 35806319

السجل التجاري : 218524 - ص.و.ض.ج : 2107036

FACTURE

N° 005790

Casablanca, le 31/05/23

Mr

Mme Nekou Naïia

Quantité	DESIGNATION	Prix U	TOTAL
01	Galvus 50/cp	390,00	390,00
01	Forxiga 10/18	419,00	419,00
Total =			809,00



6118001031030

Galvus® 50 mg

Boite de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

Bd Alkimia N° 6, Ql.

Sidi Bernoussi, Casablanca

Forxiga 10 mg cp pell b28

P.P.V. : 419,00 DH



6 118001 185023



Avez la présente facture à la somme de Huit Cent Mille Dirhams