

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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-808197

166930

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 10300	Société : RAM	<input type="checkbox"/> Autres
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : Ridouani PACITIDA		
Date de naissance :		
Adresse : Habituelle		
Tél. : 066274783	Total des frais engagés :	
Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Maladie chronique

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **CHIRANE RE DDAD** 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 loi relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **03/06/2023** Le : **27/06/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **F. ACCUEIL**



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
.....	INP :
.....
.....
.....

· EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE MARNABA André ACHOUR V. des FARAH 522 31 18 40 - 0522 31 18 40</i>	27/06/2023	110,70 DH 65,74 Dhs

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	2007.59.31767		

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
ESG le 52						100	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 10x10 grid of nodes, each labeled with a number from 1 to 10. The nodes are arranged in a specific pattern: the top row has nodes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; the second row has nodes 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9; the third row has nodes 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2; the fourth row has nodes 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3; the fifth row has nodes 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4; the sixth row has nodes 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5; the seventh row has nodes 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6; the eighth row has nodes 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7; the ninth row has nodes 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; and the tenth row has nodes 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a vertical arrow labeled 'H' points upwards. The grid is centered at the origin of these axes.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE



PHARMACIE MARHABA

61, Av. de l'Armée Royale Casablanca

ANDRE ACHOUR
Docteur en pharmacie
Faculté de MARSEILLE FRANCE

R.C :118264 Patente:35 101 720
T.V.A :823288 C.N.S.S:1850107
Tél :0522 31 16 40

Le 27/06/2023

FACTURE N°624773

N° ICE : 001667749000020

N° IF : 43900800

MR GRIRANE REDDAD

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	XOLAMOL	110,70	110,70	7,24	7,00

نولامول®
Xolamol®

Lot: 71.02.05
Fab: 04.22
Exp: 06.24
P.P.V:110 DH 70



PHARMACIE MARHABA
André ACHOUR
61, Av. de l'ARMÉE ROYALE Casablanca
Tél: 0522 31 16 40 0522 31 43 69

TOTAL T.T.C :

110,70

Nbr Articles	TVA 7% Base :	110,70	Montant :	7,24	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	--------	-----------	------	----------------	--	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cent Dix Dirhams et 70 centimes.