

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5700 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

647,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

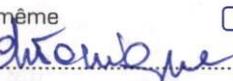
Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : 

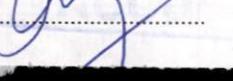
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

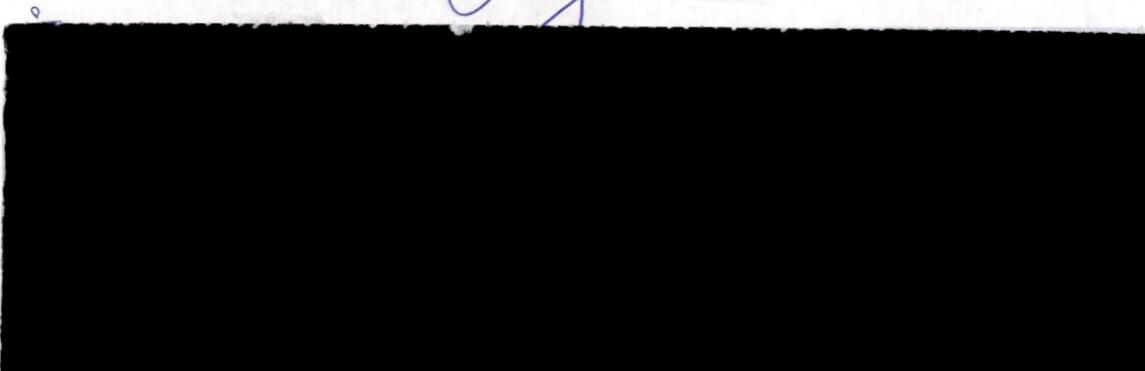
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 19/09/2023

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 :
Mme A. LOUCHE ZAHIR Khadidja
Pharmacie Les Arenes
5, Rue Jalal Eddine Sayout
Quartier Racine
Té : 05 22 36 28 24 Casablanca

Date

Montant de la Facture

$$T = 647,50$$

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. The arch is divided into four quadrants by a vertical line (mesiodistally) and a horizontal line (occlusally). The quadrants are labeled as follows:

- Upper Left Quadrant (D):** Contains teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8.
- Upper Right Quadrant (H):** Contains teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8.
- Lower Left Quadrant (P):** Contains teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8.
- Lower Right Quadrant (G):** Contains teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8.

(Création, remont, adjonction)

[Création, remonté, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie LES ARENES - Casablanca

Khadija ALLOUCHE ZOHRY

0522941945 --- 0522362824

05.Rue Jalaleddine Sayouti . Quartier Racine , Casablanca



Facture N° FAC-68890

Date : 12/09/2023

Mme ALLOUCHE Zohry Knaaifa
Pharmacie Les Arenes
5, Rue Jalal Eddine Sayouti
Quartier Racine
Té. : 05 22 36 28 24 - Casablanca

MME HARRAR CHARAFIA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
GLUCOPHAGE CO 1000MG B30 COMP	6	28,00	1	168,00
JARDIANCE CO 25MG B30 COMP PELLI	1	479,00	1	479,00

Code de TVA	1	2	3	Total HT	647,00 DHS
Taux	0%	7%	20%	TVA	0 DHS
Montant (DHS)	0	0	0	Total Organisme	0 DHS
				Total Client	647,00 DHS
				Total	647,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de cent quarante-sept DHS

25/00

28/00

LOT 230752
EXP 05/2026
PPV 28.00DH

20/00

LOT 230393
EXP 03/2026
PPV 28.00DH

LOT 230393
EXP 03/2026
PPV 28.00DH

Mme ALLOUCHE Zohry Knaaifa
Pharmacie Les Arenes
5, Rue Jalal Eddine Sayouti
Quartier Racine
Té. : 05 22 36 28 24 - Casablanca

PPV: 479 DH 00

BOTTUS A.
30 Comprimés Déliciliés
(Empagliflozine)
Jardiance 25 mg
6 118001 041084

IF : 40718480 TP : 35710111 RC : 183950/CASABLANCA

Tel : 0522941945 --- 0522362824

Adresse : 05.Rue Jalaleddine Sayouti . Quartier Racine , Casablanca