

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

N° W21-807161

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2459 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OUAJANI Med.

Date de naissance : 13/09/1953

Adresse :

Tél. : 0600 362 487 - Total des frais engagés : 148,20 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 : Diabète - MALADIE CHRONIQUE

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 : Le : 14/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet de l'Administration ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>MAIRIE DE LA DECOUVERTE</p> <p>AI Mustakhal, Lot N° 7 29, Sidi Mezrouf - Casablanca Téléphone : 06 22 21 57 4 8 Fax : 06 22 31 32 23</p>	<p>14 / 11 / 95</p>	<p>148.20 ;</p>

[illegible]

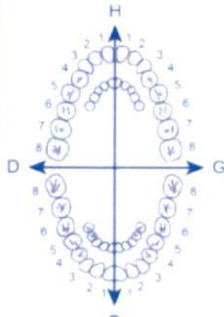
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

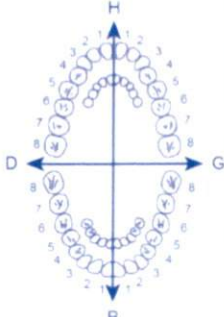
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et le matériel utilisé.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coeff
			

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>H</th> <th>G</th> <th>B</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	D	H	G	B	25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553		
	D	H	G	B																	
	25533412	21433552																			
	00000000	00000000																			
	00000000	00000000																			
	35533411	11433553																			
	(Creation, remonte, adjonction)																				
	Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la prothèse																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Glynorm® 0,5mg

Repaglinide

كَلِينُورم 0.5 ملغ

30 Comprimés

30 قرصا

49,40

MONTANTS

Glynorm® 0,5mg

Repaglinide

كَلِينُورم 0.5 ملغ

30 Comprimés

30 قرصا

49,40

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

Glynorm® 0,5mg

Repaglinide

كَلِينُورم 0.5 ملغ

30 Comprimés

30 قرصا

49,40

كَلِينُورم® 0.5 ملغ

30 Comprimés

30 قرصا

49,40

MONTANT

فلينورم[®] 2.5 مليل

30 *Continued*

30 قرصا

49,40

COEFFICIENT
DES TRAVAU

Répondre à :

30 Computer

کلیں



49,40

PHARMACIE DE LA DECOUVERTE

LOTIS AL MOUSTAKBAL Lot N°7 SIDI MAAROUF

Docteur en pharmacie
UNIVERSITE DE LIEGE
BELGIQUE

R.C :325695 Patente:36167275
T.V.A:15250952 C.N.S.S:6181242
Banque:BMCI 0137800110401384100187
Tél :0522973223

Le 14/11/2023

FACTURE N°1073909

N° ICE : 001687646000084

N° IF : 15250952

ELOUJANI MED

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	GLYNORM 0.5 MG 30 CPS	49,40	148,20		

PHARMACIE DE LA DECOUVERTE
 Lot. N° 7
 Route 1029, Sidi Maarouf - Casablanca
 Tél. : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46

TOTAL T.T.C :

148,20

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-----------	----------------	---------

**Arrêté la présente facture à la somme de :
Cent Quarante Huit Dirhams et 20 centimes.**