

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W21-724841

1-86113

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 352

Matricule : 352 Société : Retraite

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Chaudière

Nom & Prénom : Abderrahmane

Date de naissance : 11/11/1938

Adresse : 302 Bd Zerktouni Casablanca

Tél. : 0665191227 Total des frais engagés : 3000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Abderrahmane Age : 84

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Chaudière

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Chaudière

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 : 14/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacieur
 Date
 Montant de la Facture

PHARMACIE BOITE D'ANFA SARL
BOUCHER D'ANFA
 197, Bd. Boulogne - Casablanca
 Tél.: 05 22 36 92 59 - RC: 447169
 IF: 37734689 - ICE: 00231263000016
 092048958

7/12/23
 344,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

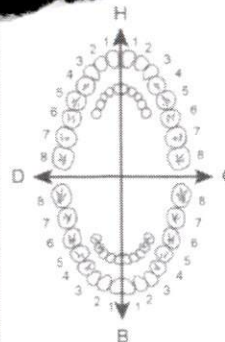
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue
 Date
 Désignation des Coefficients
 Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

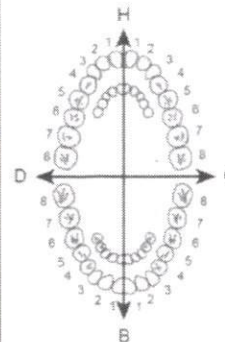
Cachet et signature du Particien
 Date des Soins
 Nombre
 AM PC IM IV
 Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
 25533412 21433552
 00000000 00000000
 D 00000000 00000000 G
 35533411 11433553
 B

[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Facture N°: 677 136

Ref N°: 07/12/23/ 72

Client:

Client Comptoir

*

Libellé Produit	Forme	Qté	Prix unitaire	Total PPM
CARTEOL L.P 2% COLLYRE	CL	5	68,80	344,00

Total à Payer: 344,00

La présente facture est arrêtée à la somme de:

TROIS CENT QUARANTE QUATRE DIRHAMS###

Le : 08-décembre-2023

PHARMACIE PORTE D'ANFA SARL AU

Bouchra AMAR

197, Bd. Bourgogne - Casablanca

Tél.: 05 22 36 92 59 - RC : 447169

IF : 37734689 - ICE : 002312695000015

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
LOT/ رقم الدفعة
FAB/ تاريخ الإنتاج
EXP/ تاريخ الانتهاء
K1154
09-2023
08-2025
6118001270040
PPV : 68.80 DHS
66670

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
LOT/ رقم الدفعة
FAB/ تاريخ الإنتاج
EXP/ تاريخ الانتهاء
K1154
09-2023
08-2025
6118001270040
PPV : 68.80 DHS
66670

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
LOT/ رقم الدفعة
FAB/ تاريخ الإنتاج
EXP/ تاريخ الانتهاء
K1154
09-2023
08-2025
6118001270040
PPV : 68.80 DHS
66670

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
LOT/ رقم الدفعة
FAB/ تاريخ الإنتاج
EXP/ تاريخ الانتهاء
K1154
09-2023
08-2025
6118001270040
PPV : 68.80 DHS
66670

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
LOT/ رقم الدفعة
FAB/ تاريخ الإنتاج
EXP/ تاريخ الانتهاء
K1154
09-2023
08-2025
6118001270040
PPV : 68.80 DHS
66670

Carteol L.P. 2%
Collyre à libération
prolongée