

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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)
Matricole : 04739 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FASIL Mohamed

Date de naissance :

14-10-1956

Adresse :

Habibie

Tél. : 0604331303

Total des frais engagés : 137,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

maladie
longue
durée

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 : 12/04/2024

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 ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
Signature N° 1545 Rabie-El-Ouafat Télé: 09.57.72 - CASE Santé	12/04/24	137,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
		</		

PHARMACIE SALMA
SALMA
BD OUM RABIE EL OUAFAA 1 N°15
CASABLANCA

Tél : 0522895772

12/04/2024

Client : MR FADIL MOHAMED

Mrle 07739

✓

FACTURE N° : 6789

du 12/04/2024

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	DIAFORMINE 850 MG 30 CPS	18,00	54,00	0%
1	XALACOM COLLYRE	83,70	83,70	0%

Total TTC 137,70

VIATRIS PHARMACEUTICALS
190, Bd d'Anfa, Casablanca
XALACOM 50µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution,
Bte de 1 flacon de 2,5 ml
AMM N°250/20DMP/NRQad
PPV : 83,70 DH



6 118001 430611

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
CENT TRENTÉ SEPT DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

PPV: 18DH00
PER: 11/26
LOT: M4128

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	137,70	0,00	137,70
		137,70	0,00	137,70

PPV: 18 DH 00
PER: 01/27
LOT: N449

PPV: 18 DH 00
PER: 12/26
LOT: M4352



CNSS : 6064290
Compte :

I.C.E : 001642777000087
Patente : 36009656

INPE:092052208
R.C : 264244

I.F : 51505843
RIB
:022780000167000500856074

