

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]

Matricule : 1372 Société : 902557

Actif Pensionné(e) Autre : ABDELKARIM Mohamed

Nom & Prénom : ABDELKARIM Mohamed

Date de naissance : 06.10.1953

Adresse : 37 N° 3 HAY EL Qods SID Bernoussi Casablanca

Tél. : 0663955582 Total des frais engagés : 70.00 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 :

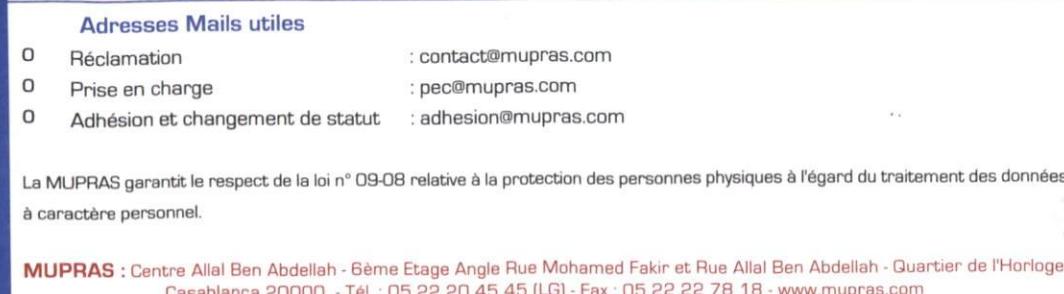
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 19/04/2024

Signature de l'adhérent(e) : Ayoub



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

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature de l'Assureur	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Assurance Maladie	11/01/2014					70,00

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
		00000000	00000000	
		35533411	11433553	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	(Création, remont, adjonction)			DEBUT D'EXECUTION
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	(Création, remont, adjonction)			FIN D'EXECUTION
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	(Création, remont, adjonction)			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	(Création, remont, adjonction)			MONTANTS DES SOINS
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	(Création, remont, adjonction)			DATE DU DEVIS
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	(Création, remont, adjonction)			DATE DE L'EXECUTION
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PARA MOUBARAKA

PARA MOUBARAKA



LA PARAPHARMACIE

Facture N°	Date
FA132135	15/04/2024

ABDELKARIM MOHAMED

Mode de paiement :

Date d'échéance : 15/04/2024

Article	Description	Qté	Prix Uni. HT	TVA	Prix Uni. TTC
ART0238	CONTOUR PLIS 25	1,000	58,53	1 - 19,60 %	70,00

PARA MOUBARAKA SARL
 32 MOUBARAKA BLOC 22 N° 11 BIS
 BERMUSSI - CASABLANCA
 TEL 05 22 73 09 55

Code	Base HT	Taux TVA	Montant TVA
1	58,53	19,60	11,47

Total HT	58,53
Net HT	58,53
Total TVA	11,47
Total TTC	70,00
NET A PAYER	70,00

HAY MOUBARAKA BLOC 22N°11 BIS / TEL: 0522730955 SARL TP: 31691787-RC: 277531-IF:
14416432-CNSS: 9502289-ICE: 000006339000052

Facture payable le 15/04/2024 pour la somme de 70,00 Dirhams.

20

7635



Contour™ plus

مکنتور پلاس / مکنتور بلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

بواهی تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance



CONTROL N 111-144 mg/dL

CONTROL L 38-50 mg/dL

CONTROL H 332-431 mg/dL

LOT DP2MQHH32A

2024-12