

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

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° P19-0049760

ND 4337

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6034 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DAIMA NOSTAFIA

Date de naissance : 20/07/1958

Adresse : AL KHOZANA 7 inn 10 API 5 LISSASFA

CASABLANCA

Tél. : 06 614 47351 Total des frais engagés : 574,70 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 :

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12/10/2020

FEF

QJEL

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
 Dr. B. A. AYHLOU KASSI Tel. 0522 65 02 44 Casablanca	10/10/2022	574.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch (maxilla) showing the upper teeth. The teeth are numbered 1 through 8 on both the left and right sides. The arch is oriented with a vertical axis labeled 'H' at the top, a horizontal axis labeled 'D' on the left, a horizontal axis labeled 'G' on the right, and a vertical axis labeled 'B' at the bottom. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on the left (number 8) and the second molar on the right (number 1).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE HASSANA

118/119 lot. Al Khozama LISSASFA

Docteur en pharmacie
Faculté de Nancy
FRANCE

R.C :293256

Patente:36211260

T.V.A :

C.N.S.S:6289468

Tél :0522650244

Le 10/10/2020

FACTURE N°471127

N° ICE : 001666353000076

** MR DOUMA MOSTAFA **

N° IF : 50804205

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	TRIATEC 2.5 MG	97,70	97,70		
3	PRAXILENE 200 MG 20 CPS	69,00	207,00	13,54	7,00
1	COPLAVIX 75MG/ 100MG 30CPS	270,00	270,00	17,66	7,00



97,70

LOT : 200581
UT AV: 10/10/2022
PPV : 69,00DH

LOT : 200581
UT AV: 10/10/2022
PPV : 69,00DH

LOT : 200581
UT AV: 10/10/2022
PPV : 69,00DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
An sabâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
130 cp
P.P.V : 270,00 DH
6 118001 082018

TOTAL T.T.C :

574,70

Nbr Articles	TVA 7% Base :	477,00	Montant :	31,20	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	--	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinq Cent Soixante-quatorze Dirhams et 70 centimes.

valable 3 mois

Le 10.09.2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

D'HJIAJ Ilhame

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Dawlat Hossefa

Présente

Cardiologue

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois

Dont ci-joint ordonnance :

ej. ord.

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

1^o | C - Flexip 1cp/j
2^o | Tristec 2.5: 1/2 cpx2/j
3^o | Reslipol: 1/2 cpl/j
4^o | Praxileine dos: 1cpx8/j
5^o | Corolan 5: 1/2 cpx2/j

3 mois

Dr Ilhame HJIAJ
Cardiologie Adulte et Pédiatrique
79, Rue de Romu, Angle Bd. 2 Mars
Rte. Carré d'Or - Casablanca
0522 22 78 18