

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.

Pathologie 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.

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 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.

N° P19- 068626

ND : 51851

MLD

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2346 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENYAHIA DRIS

Date de naissance : 01/01/1953

Adresse :

Tél. : 0673275780 Total des frais engagés : 1083 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 Le : 17.12.2020

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17.12.2020

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
PHARMACIE André ACHOUR 61, Av. des FAR - Casablanca Tél : 0522 31 16 40 - 0522 31 43 69	1083,00	

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

صيدلية مرحبا

Pharmacie Marhaba

André ACHOUR

Diplômé de la Faculté de Marseille

T M L D

61, Avenue des F.A.R. - CASABLANCA

Tél. : 05 22 31 16 40 - Fax : 05 22 31 43 69

R.C. 118264 - I.F. N° 43900800

ICE N° 001667749000020 - INPE N° 092041391

Casablanca, le

15/12/2022

FACTURE N°

M ✓ BENYAHIA DRISS

MLE 2346

DOIT

3	Ex�rge 10/160/12.5	361,00	1083,00
---	--------------------	--------	---------

PHARMACIE MARHABA
André ACHOUR
61, Av. des F.A.R. Casablanca
Tél. : 0522 31 16 40 - 0522 31 43 69



6118001030897

EXFORGE HCT
10mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

12 2021
BPM 77
01 20



4071

Q.I Ain Sebâa 20590 Casablanca -Maroc.

ص

gne

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Tableau A (liste I) - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة ١ - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

EXP
LOT
MFD



6118001030897

EXFORGE HCT
10mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

12 2021
BPM 77
01 20



4071

Q.I Ain Sebâa 20590 Casablanca -Maroc.

ص

gne

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Tableau A (liste I) - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة 1 - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

EXP
LOT
MFD



6118001030897

EXFORGE HCT
10mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

12 2021
BPM 77
01 20



4071

Q.I Ain Sebâa 20590 Casablanca -Maroc.

ص

gne

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Tableau A (liste I) - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة 1 - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

EXP
LOT
MFD