

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

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- 0018581

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03212 Société : 22286
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : GHAYYA OURIAGH
Date de naissance : 19/08/56
Adresse : JAMAL EL HART
Tél. : 06 22764300 Total des frais engagés : 1444,00 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 :

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 : TANGER Le : 10/02/2020
Signature de l'adhérent(e) : huf



[illegible][illegible]

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

[illegible]

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE AL FARABI

av. prince heritier -165 - tanger

DR. MOHAMMED SAID RAKEB SOUSSI

R.C : 22644

Patente: 50423576

T.V.A :

C.N.S.S: 2118918

Tél : 0539946619/fax-0

Le 08/01/2020

FACTURE N°1

N° ICE : 001683845000085

GHAYAYA.OU. JAMAL

N° IF : 81363520

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
4	EXFORGE 10/160/25MG/ HTC	361,00	0,00	361,00	1 444,00		1 444,00		
<div><div><p>PHARMACIE AL FARABI Av. Prince Heritier 165 (Angle Omar Ben Khatlab) Tél : 0539946619 - TANGER</p></div><div>S.V.</div><div><p>6118001030903 EXFORGE HCT 10mg/160mg/25mg 28 comprimés pelliculés PPV : 361,00 DH</p><p>1126507-A17-MA 0724</p><p>6118001030903 EXFORGE HCT 10mg/160mg/25mg 28 comprimés pelliculés PPV : 361,00 DH</p><p>1126507-A17-MA 1083</p><p>6118001030903 EXFORGE HCT 10mg/160mg/25mg 28 comprimés pelliculés PPV : 361,00 DH</p><p>1126507-A17-MA 1023</p><p>6118001030903 EXFORGE HCT 10mg/160mg/25mg 28 comprimés pelliculés PPV : 361,00 DH</p><p>1126507-A17-MA 0714</p></div></div>									
DROIT TIMBRE 0,25%		BRUT TTC		0,00	- Remise	0,00	= NET TTC	1 444,00	
Nombre d'Articles : 1		TVA 7% Base :		Montant :		TVA 20% Base :		Montant	

Arrêté la présente facture à la somme de :
Mille Quatre Cent Quarante Quatre Dirhams.