

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 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

- 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-573980

55880

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2159

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HLOUTAAN

Reddy

Date de naissance : 13/09/1953

Adresse : LOT HAMZA N°22

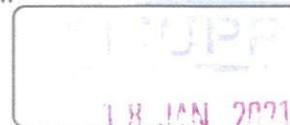
SIDI MAAROUR

Tél. : 0600362483

Total des frais engagés :

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 :

MAUADIE CHRONIQUE HIA

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

PHARMACIE DE LA DECOUVERTE
Lot. Al Moustaqbal. Casablanca
Reuie 029. Sidi Maârif 029
Tél. : 0529 97 32 23. Fax : 0529 97 51 60
Ref : 0529 97 33 26

Date

Montant de la Facture

15/1/21

148.20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

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

Glynorm® 0,5mg
Repaglinide

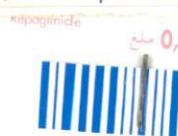
كلينورم 0,5 مل

le bilan

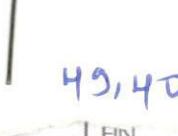
3r



49,40



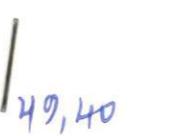
49,40



49,40



49,40



49,40



49,40



49,40

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

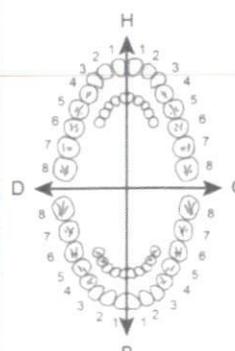
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèse dentaire.

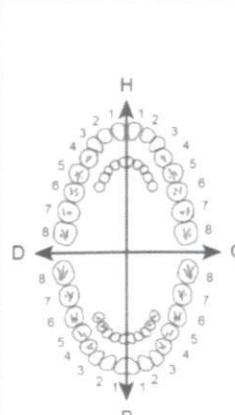
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature Soin



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEUREUR MASTICATOIRE

H 25533412 2143355
00000000 0000000
D 00000000 0000000
35533411 1143355
B

[Création, remont, adj]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE DE LA DECOUVERTE

LOTIS AL MOUSTAKBAL Lot N°7 SIDI MAAROUF

Docteur en pharmacie
UNIVERSITE DE LIEGE
BELGIQUE

R.C :325695 Patente:36167275
T.V.A :15250952 C.N.S.S:6181242
Banque:BMCI 0137800110401384100187
Tél :0522973223

Le 15/01/2021

FACTURE N°887335

N° ICE : 001687646000084

N° IF : 15250952

ELOUJANI MED

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	GLYNORM 0.5 MG 30 CPS	49,40	148,20		

PHARMACIE DE LA DECOUVERTE
Lot. Al Moustakbal, Vol. N° 1
Route 1029, Sidi Maârouf - Casablanca
Tél. : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46

TOTAL T.T.C :

148,20

Nbr Articles **TVA 7% Base :** **Montant :** **TVA 20% Base :** **Montant**

*Arrêté la présente facture à la somme de :
Cent Quarante Huit Dirhams et 20 centimes.*