

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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

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



Scanned
LE 02/04/2021

65723

Déclaration de Maladie : N° P19- 0022963

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3196 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : IDRIHI LATIFA Date de naissance : 02/03/1966
Adresse :
Tél. : 0522 91 2335 Total des frais engagés : 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 : HYPO

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 : Le : / /


Signature de l'adhérent(e) :

[Handwritten signature]

RELEVÉ 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 DE LA DÉCOUVERTE Lot AL Mustakbal, Lot 10 Route 1021, Ain Maarouf Tél. : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 32 24 NPE : 092037332	02/04/2008	129,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que la liste des

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
		 Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH	 6 118001 102020 Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH
		 Levothyrox® 50 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 13,40 DH	 6 118001 102013 Levothyrox® 50 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 13,40 DH
		 Levothyrox® 50 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 13,40 DH	 6 118001 102013 Levothyrox® 50 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 13,40 DH
		 Levothyrox® 50 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 13,40 DH	 6 118001 102013 Levothyrox® 50 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 13,40 DH

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU F


6 118001 102013
Levothyrox® 50 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH



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 02/04/2021

FACTURE N°900071

N° ICE : 001687646000084

N° IF : 15250952

IDBIHI LATIFA

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
2	LEVOTHYROX 100 µG 30 CPS	24,40	48,80	3,19	7,00
6	LEVOTHYROX 50 µG 30 CPS	13,40	80,40	5,26	7,00
<div>PHARMACIE DE LA DECOUVERTE Lot. Al Moustakbal, Lot. N° 7 Route 1027, Sidi Maarouf - Casablanca Tél : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46</div>					
TOTAL T.T.C :				129,20	

Nbr Articles	TVA 7% Base :	129,20	Montant :	8,45	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	--------	-----------	------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cent Vingt Neuf Dirhams et 20 centimes.