

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.

Bééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
 - 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.
 - Le code de 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

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

Nº W19-587385

71820

CA

7

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>2459</u>		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>ELOUJANI med..</u>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <u>06 99 77 16 76</u>		Total des frais engagés :	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	Age:
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 piconfidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.		

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

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 de Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA DECOUVERTE Lot. N° 0522973291 Lot. Al Moustakbal - Casablanca	27/04/21	4630

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

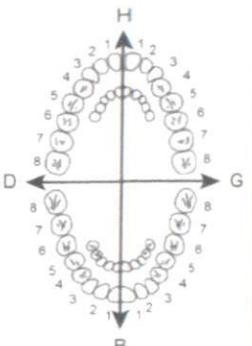
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

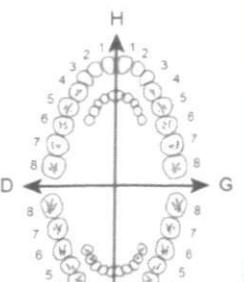
Le praticien est prié de préciser

Important :
Veuillez joindre les radiographies

SOINS DENTAIRES



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Rennie®

soins.

→25,7

PPV:10DH30
PER:02/23
LOT:J531

Doliprane®
PARACETAMOL
500 mg
Adulte et enfant
à partir de 27 kg

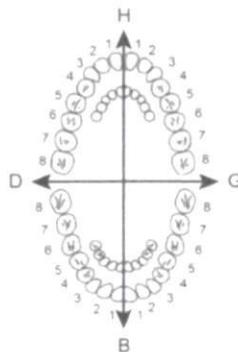
1930
PPV 10DH30
PER 06/23
LOT J1944

Le praticien est prié de préciser

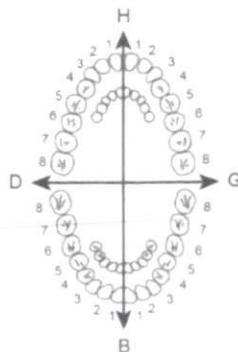
Important :

Veuillez joindre les radiographies

SOINS DENTAIRES



**O.D.F
PROTHESES DENTAIRES**



**DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la professionnalisation.

Rennie®

soins.

→ 25,70

DEBUT

PPV: 10DH30
PER: 02/23
LOT: J531

Doliprane®
PARACETAMOL

500 mg

Adulte et enfant
à partir de 27 kg

1930

PPV 10DH30
PER 06/23
LOT J1944

Doliprane®
PARACETAMOL

500 mg

Adulte et enfant
à partir de 27 kg

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



PHARMACIE DE LA DECOUVERTE

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 27/04/2021

FACTURE N°904704

N° ICE : 001687646000084

N° IF : 15250952

ELOUJANI MED

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
2	DOLIPRANE 500 MG 20 CPS	10,30	20,60	1,35	7,00
1	RENNIE 72 CPS	25,70	25,70	1,68	7,00

PHARMACIE DE LA DECOUVERTE
Lot. Al Moustakbal. Lot. N° 7
Route 1029. Sidi Maârouf - Casablanca
Tél. : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46

TOTAL T.T.C : **46,30**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	46,30	Montant :	3,03	TVA 20% Base :		Montant
---------------------	----------------------	--------------	------------------	-------------	-----------------------	--	----------------

*Arrêté la présente facture à la somme de :
Quarante Six Dirhams et 30 centimes.*