

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES RÉMBOURSEMENTS 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 canalaire, 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 canalaire.

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.

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

Nº W21-659286

102151
 Autres

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	7688	Société :	IRAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FAOUZI Ndia			
Date de naissance : 05/12/1961			
Adresse : 21, Rue Mouammar Gaddafi, Rés. Ben Soleim, Agadir			
Tél. :	0654620159	Total des frais engagés :	Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2013

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
<p>Date de consultation :</p> <p>Nom et prénom du malade :</p> <p>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Age:</p> <p>Nature de la maladie :</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p>		
		

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 : Paris

Signature de l'adhérent(e) :.....

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>D'ARMÉE Rue Abou Maarif - Casablanca Tél: 05 22 80 07 10 Fax: 05 22 80 07 03</i>	04.12.2011	49,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 2px;">H</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">25533412</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">21433552</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td></tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;"><hr/></td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">D</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td></tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;"><hr/></td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">B</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">35533411</td></tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;"><hr/></td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">R</td><td style="text-align: center; padding: 2px;">11433553</td></tr> </tbody> </table>	H	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	00000000	<hr/>		B	35533411	<hr/>		R	11433553
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<hr/>																		
D	00000000																	
<hr/>																		
B	35533411																	
<hr/>																		
R	11433553																	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a curve, with the upper arch curving upwards and the lower arch curving downwards. A vertical arrow at the top points upwards, labeled 'H' at the top. A horizontal arrow on the left points to the left, labeled 'D' on the left and 'G' on the right. A vertical arrow at the bottom points downwards, labeled 'B' at the bottom.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie LA BRISE -

Narjiss SELASSI

0522990710/0622927010

38,rue abou abass el azfi. Maarif. , Casablanca



Facture N° 20211210-746

Date de vente : 04/12/2021

Médecin traitant :

MME FAOUZI NADIA

Maroc

Mme 7688

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
DOLIPRANE CO 500MG B16 COMP EFFER	1	15,80	TVA (7.00%)	15,80
OSMOSINE SI 260ML SIROP	1	34,00	TVA (7.00%)	34,00
Total HT				46,54 DHS
TVA				3,26 DHS
Total				49,80 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : quarante-neuf DHS et quatre-vingts centimes

OSMOSINE®

Hydroxyde de Magnésium

Traitements symptomatiques
de la constipation

OSMOSINE®



Hydroxyde de Magnésium

Flacon de 260 ml



6 118000 210054

260 ml

Suspension

Voie Orale

PPV
34DH00