

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-531115

137-089

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11661	Société : R.A.M		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HASSINE AFIA			
Date de naissance : 09/10/81/72			
Adresse : 14, Potisson Pauline, Dar Bouazza, Casablanca			
Tél. : 0662512207	Total des frais engagés : 1094,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation : 09 MAR. 2022	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	
<input type="checkbox"/> Conjoint	
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 : _____ 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 : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>RC : 35539 - 25521</i>	<i>4/3/22</i>	<i>744,00</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Patient	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ITALIA MEDICAL Ventes en Magasin Ospedale Italiano Casablanca Tel 0522 47 58 16	2022-03-22					352,00

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433532
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Facture N° : 177
Date : 03/03/2022

Tél: 4821-
LH:15:17:04 Code:

PRODUIT	QTE	UNG!	REM.	! TV!	PRIX TTC!	MONTANT TTC!
ACCU CHEK INSTANT 50 BAND	21	1201	175.00!		350.00!	

DONT TVA: 7 %: 0.00
DONT TVA: 20 %: 58.33

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
TROIS CENT CIQUANTE Dirhams 00 Centimes

Tél : 0522 47 58 76 / Fax : 0522 43 09 90 / E-mail : contact@vitaliamedical.com

Siège : 36, Rue des hôpitaux, Casablanca

R.C : 275353 - T.P : 36335775 - I.F : 14410225 - C.N.S.S : 9427859 - I.C.F : 000216233000043

www.vitaliamedical.com



PHARMACIE LES JARDINS DE L'OCEAN

RTE D AZEMMOUR KM 15 DAR BOUAZZA

Docteur en pharmacie

R.C :399369

Patente:32960411

T.V.A :

Tél :0522 29 08 29

Le 04/03/2022

FACTURE N°278604

N° ICE : 001987906000033

N° IF : 25109233

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
1	INS LANTUS SOLOSTAR 5 STYLO	744,00	0,00	744,00	744,00		744,00		

PHARMACIE LES JARDINS DE L'OCEAN
RTE D AZEMMOUR KM 15 DAR BOUAZZA
0522 29 08 29



DROIT TIMBRE 0.25%		BRUT TTC		0,00	- Remise	0,00	= NET TTC	744,00
Nombre d'Articles : 1	TVA 7% Base :	Montant :		TVA 20% Base :	Montant			

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