

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 canaux, 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 canaux.

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.

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



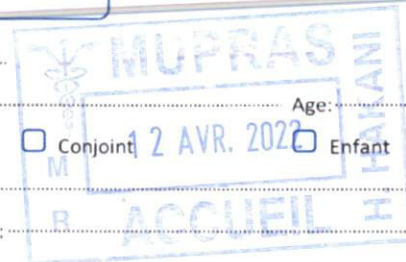
Déclaration de Maladie

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M 255 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZITOUR ILHAM
Date de naissance : 10-10-78
Adresse :
Tél. : 0669064787 Total des frais engagés : 125 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 :
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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/11/2021	819,100

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

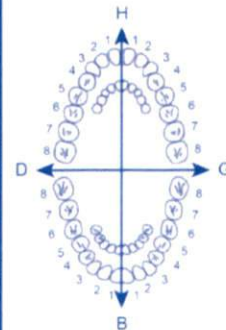
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

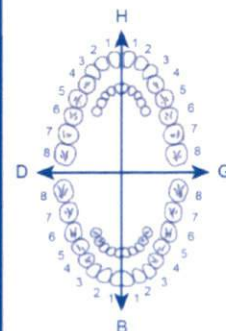
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





PHARMACIE MERINI
Docteur Mérini Wiam
FACTURE

Page :1

N° FACTURE :106253
Date : 24/11/2021

Client :
ZITOUR ILHAM

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
ON-CALL-PLUS 25 BANDELETTES	1	75.00	75.00
LANTUS SOLOSTAR 5 STYLOS 3 ML	1	744.00	744.00
<div data-bbox="683 667 917 851"><p>Sarofel-aventis Maroc Rue de Rabat -R.P.1. Ain sebaa Casablanca Lantus 100U/ml, Inj b5 sty P.P.V : 744,00 DH</p><p>6 118001 081615</p></div> <div data-bbox="1252 593 1572 1064"><p>On Call Plus Blood Glucose Test Strips</p><p>25</p><p>For testing glucose in whole blood using the On Call® Plus and On Call® EZ II blood glucose meters. For self testing and professional use. Only for use outside the body.</p><p>Contents: 25 Test Strips Code Chip Package Insert</p></div>			

Total TTC = 819.00

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : HUIT CENT-DIX-NEUF DIRHAMS

Bon rétablissement

Pharmacie MERINI rue 13 lot Diar el menzeh 2 /Tel:0522651399
Tel:0522651399/RC n°424260 /PATENTE n°36201076/ICE n°:001758696000006/IF n°:18812022.



MUPRAS

Visualisation d'un décompte santé

N° décompte 20220560108884

Nom du décompteur .

Date de saisie 25-02-2022

Situation Soldé

Sous-situation ---

Type de paiement Virement

Bénéficiaire du règlement Madame ZITOUR ILHAM

Destinataire du règlement Madame ZITOUR ILHAM



A. Ligne	Date soins	Acte SS	Mode de couverture	Nom Bénéf.	Pays	Qté.	Montant devis	Cotation	Remboursement mutuel	Autre Rbt.	PS
L1	26-11-2021	PHMLD	Aucun	ZITOUR ILHAM	Maroc	1	744,00 MAD	744,00 MAD	595,20 MAD	0,00 MAD	
L2	26-11-2021	AC220407	Aucun	ZITOUR ILHAM	Maroc	1	75,00 MAD	120,00 MAD	75,00 MAD	0,00 MAD	
TOTAL							819,00 MAD		670,20 MAD		