

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 1384 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

KHAMLI CHI Mohamed

Date de naissance :

01-01-1951

Adresse :

Al zaghaz Ap 10 imm 14 Tranche 7/1
Bennouss - CASABLANCA

Tél. :

06.02.15.41.42 Total des frais engagés : 2412,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Fawzi Fakir Age : 1974

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète + Hypertension + Goutte

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
  	22/07/95	2222.50

ANALYSES - RADIOPHOTOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 B 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV: 24,40 DH
Comprimés sécables B/30
Levothyrox 100 µg.
PPV: 24,40 DH

PPV: 24,40 DH
Comprimés sécables B/30
Levothyrox 100 µg.
PPV: 24,40 DH

PPV: 24,40 DH
Comprimés sécables B/30
Levothyrox 100 µg.
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

P.P.V: 437,00 DH.

Casablanca, le 24/10/2012

ORI

78,70
78,70

n - Farid El Khalili

(24,40x6)

1) levotriptane



(137,-x3) 2 cp. 17
2) Jan 60 mg

(787,-x2) 1. → 10
3) Di 6 → 11
441 → 563, A → 1217.

n) formiga n →
A → 17.

F M 3

Dr. Hay
Endocrin

Maphar
Bd Alkmia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 563,00 DH

6 118001 185023

T = 2222,50

Bd Bensaid salah mohamed Hay El Qods Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45

Fax : 05.22.73.15.72

PHARMACIE RESIDENCE EL MOUAHIDINE
DR MARJANE MOUNIA
RESIDENCE EL MOUAHIDINE. BD LA
GRANDE CEINTURE

Tél : 0522674599

farici fatima



06/06/2022

FACTURE N° : 8369

du 06/06/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
4	PARANTAL 20 COMPRIMES	10,10	40,40	7%
Total TTC				40,40

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
QUARANTE DIRHAMS ET QUARANTE CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	37,76	2,64	40,40
		37,76	2,64	40,40



CNSS :
 Compte :

I.C.E : 000466880000069
 Patente : 31836220

INPE:092050301
 R.C : 301800

I.F :
 RIB :



N° IPP : 596997

N° SEJOUR : 220019883

FACTURE N° 2202007856

DATE D'ENTREE : 24/05/2022

DATE DE SORTIE : 24/05/2022

ASSURE :

MALADE : FARICI, Fatima

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

DESTINATAIRE :

NOM JEUNE FILLE :

N° IMMAT C.N.S.S. :

FARICI, Fatima

TIERS PAYANT 1 :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1:

REF. PC 2:

N° SE. SOC. ETRANG. :

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN										
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 100093 DR. AHANDAR HAYAT

TOTAUX : 150.00

150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE :

REMISE : 0.00 REGLE : 150.00

AVOIR :

RESTE DU: 0.00

DATE FACTURE : 24/05/2022

EDITEE LE : 06/06/2022

PAR: MOUJAH

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

VISA



Prise en charge à effectuer à l'ordre de :

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

BMCE - BERNOUSSI

011780000049210006006888

N° compte bancaire :