

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.



Déclaration de Maladie

M22-0015564

MLD en v/ possession

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1625 Société : RAM 128053
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MIKOU Abdelilah
Date de naissance : 01/01/47
Adresse : 52 Bd Abdelkader Bontaleb
Résidence : Salsabila CASABLANCA
Tél. : 0642778402 Total des frais engagés : 2813,20 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 :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : CASABLANCA

Le : 05/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

29/08/12

2813,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

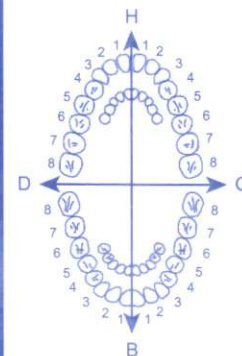
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

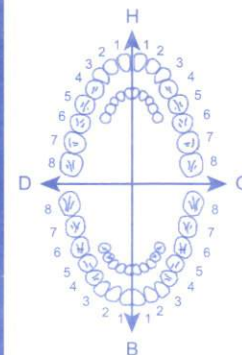
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie du C.I.L

BENBRAHIM Touria

100, Boulevard Ibn Sina

Angle Bl. Ghannouchi - Casa

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban
28 cps

P.P.V : 629,00 DH

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban
28 cps

P.P.V : 629,00 DH

Bayer S.A.

6 118001 090808

6 118001 040773

TRAJENTA® 5 mg

(Linagliptine)

28 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 374 DH 00

10010704/01

28 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 374 DH 00

10010704/01

(Linagliptine)

28 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 374 DH 00

10010704/01

صيدلية سي

بنبراهيم ثورية

100, شارع ابن سينا

زاوية شارع غاندي - الدار البيضاء

الهاتف : 06 43 / 05 22 36 18 68

الضريبة العامة على الدخل : 9030

البيان : 35806319

السجل التجاري : 218524 - ص.و.ض.ج.

20/08/2019

Nikae Abdelsh.

Quantité	DESIGNATION	Prix U	TOTAL
02	Xarelto 20/28	629,00	1258,00
03	Trajeta 5 mg	374,00	1122,00
02	Trajeta 5 mg	77,00	154,00
02	Trajeta 5 mg	34,60	69,20
01	On Call 20 mg	210,00	210,00

Total 2813,20

6 118001 030330

TEGRETOL® CR 200 mg

Comprimé
pelliculé sécable

PPV : 77,40 DH

6 118001 030330

TEGRETOL® CR 200 mg

Comprimé
pelliculé sécable

PPV : 77,40 DH

صيدلية سي

Pharmacie C.I.L

BENBRAHIM Touria

100, Boulevard Ibn Sina

Tél : 06 22 36 18 68 - Casa

On-Call®
Extra
blood Glucose Test Strips

210,00

LOT 1191235

2023-09-26

CASILIX 40mg

20CP SEC

P.P.V : 34DH60

LOT : 22E001

PER : 12 2025

6 118000 060468

P.P.V : 34DH60

LOT : 1E015

PER : 09 2025

6 118000 060468