

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 canalaires, 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 canalaires.

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.

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

138578

Déclaration de Maladie : N° S19-0002582

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10508

Société : 2AU

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MR BOUKHARI

Date de naissance : 29/07/1970

Adresse :

Tél. : 069369 65 53

Total des frais engagés : 21,20 + 80,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

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 : CASABLANCA

Le : 24/11/22

Signature de l'adhérent(e) :

B

AM S

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur 118 - 119, route de l'Algérie Lot Al Khouzama Casablanca Téléphone : 05 22 65 07 13	Date	Montant de la Facture
	21.11.22	21,20

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue 118 - 119, route de l'Algérie Lot Al Khouzama Casablanca Téléphone : 05 22 65 07 13	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	21.11.22		89,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

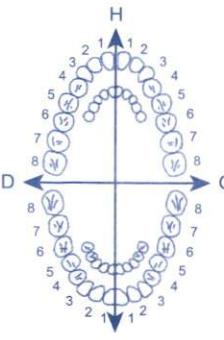
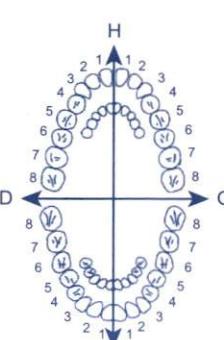
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
	00000000	00000000	B	
	35533411	11433553		
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			



PHARMACIE HASSANA

118/119 lot. Al Khozama LISSASFA

Docteur en pharmacie
Faculté de Nancy
FRANCE

R.C : 552789

Patente: 36211260

T.V.A :

C.N.S.S: 6289468

Tél : 0522650244

Le 21/11/2022

FACTURE N°572409

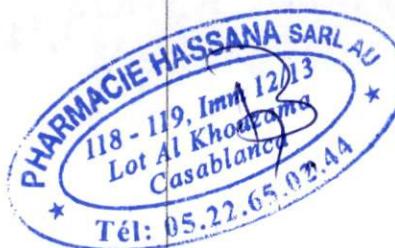
N° ICE : 003099085000009

BOUKHARI ABDELHAK

N° IF : 52569163

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	INDOPHARM 100 SUP	21,20	21,20	1,39	7,00
		21,20			
TOTAL T.T.C :					21,20



Nbr Articles	TVA 7% Base :	21,20	Montant :	1,39	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :

Vingt Un Dirhams et 20 centimes.



PHARMACIE HASSANA

118/119 lot. Al Khozama LISSASFA

Docteur en pharmacie
Faculté de Nancy
FRANCE

R.C :552789

Patente:36211260

T.V.A :

C.N.S.S:6289468

Tél :0522650244

Le 21/11/2022

FACTURE N°572409

N° ICE : 003099085000009

BOUKHARI ABDELHAK

N° IF : 52569163

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
2	GLEMA 2 MG / 30 CPS	40,00	80,00		
	PPV 40DH00 PER 06/22 LOT J1949				
	PPV 40DH00 PER 09/22 LOT J2290				



TOTAL T.T.C :

80,00

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :

Quatre-vingt Dirhams.