

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

- 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.

M22- 0013629

138853

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6993 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NE SOUNHAÏL LTHIÉEN

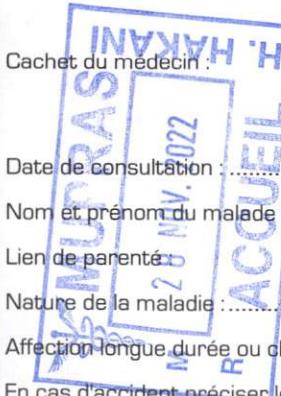
Date de naissance : 13/01/1958

Adresse : MARA 1 1972 AL WIAM 1759 DULFA
CAMBODIA

Tél. : 0668988771 Total des frais engagés : 1556,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



MLD

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SOUNHAÏL LTHIÉEN Age : 65 ans.

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

MLD

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 : / /

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Médecin et du Fournisseur Pharmacie SALMA Bd Oum Babia El Ouafaa 11 ★ Mayenne 53200 Slassani ★ Tél: 09 57 72 - CASA BENABDERRAHMANE Salma	Date	Montant de la Facture
	28/11/2022	1556,70

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				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	
				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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	11433553
35533411		
B		

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	11433553
35533411		
B		

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Mk 6993.

PHARMACIE SALMA
SALMA
BD OUM RABIE EL OUAFAA 1 N°15
CASABLANCA

LOT
EXP
PPV

222024
05 2026
31.30

Tél : 0522895772

28/10/2022

MR SOUHAIL LAHCEN

FACTURE N° : 18582

du 28/10/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
2	GLUCOPHAGE RET X60CP	45,20	90,40	0%
2	DIAMICRON 30 MG LM GM	89,00	178,00	0%
1	ZYLORIC 200MG COMP	31,30	31,30	7%
3	FORXIGA 10 MG 28 CPSCPS	419,00	1 257,00	0%
Total TTC				1 556,70

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 419,00 DH
Barcode: 6 118001 185023

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 419,00 DH
Barcode: 6 118001 185023

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 419,00 DH
Barcode: 6 118001 185023

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
MILLE CINQ CENT CINQUANTE SIX DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	1 525,40	0,00	1 525,40
7.00%	7,00	29,25	2,05	31,30
		1 554,65	2,05	1 556,70



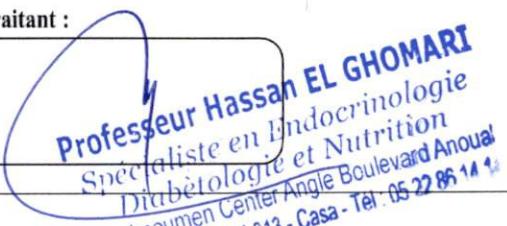
CNSS : 6064290
Compte :

I.C.E : 001642777000087
Patente : 36009656

INPE:092052208
R.C : 264244

I.F : 51505843
RIB : 022780000167000500856074

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	
Matricule :	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant	
professeur Hassan EL GHOMARI Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tel: 05 22 88 14 14	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
- Diabète type 1 - Aîné en pas pour - Nous en pas pour	
Dernier bilan HbA1c = 10,6%	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :  le 01 / 09 / 2022	
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées