

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0037860

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09342 Société : R A M 243836
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Khabbar Abdouasser
 Date de naissance : 14-04-1972
 Adresse : lot massim residence Ghita 1 lot 168
 n° 13 Casablanca
 Tél : 06 19 74 90 10 Total des frais engagés : 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 : Le : / /
 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
	30/11/22	77,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

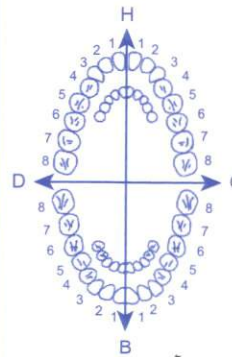
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

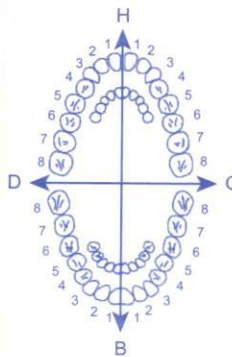
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 <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													
	<table border="1"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412	21433552											
	D	00000000	00000000											
	G	00000000	00000000											
	B	35533411	11433553											
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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

Pharmacie OUADOUDY - Casablanca

HICHAM Ouadoudy

0528896889

HAY ANNASIM IMM 400 N 2 CASA , CASA



Facture N° 20221226-374

Date de vente : 30/11/2022

Médecin traitant :

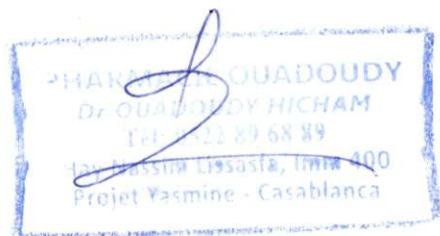
KHABBAR ABDENASSER

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
D CURE AB FORTE SOLUTION HUILEUSE BUVABLE B3 AMPOULES BUVABLES	1	49,60	TVA (7.00%)	49,60
SPASFON CO 80MG B30 COMP	1	27,50	TVA (7.00%)	27,50

Total HT	72,06 DHS
TVA	5,04 DHS
Total	77,10 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : soixante-dix-sept DHS et dix centimes



IF : 50814520 TP : 36214580 RC : 357482 ICE : 001731008000003

Tel : 0528896889

Adresse : HAY ANNASIM IMM 400 N 2 CASA , CASA

30 COMPRIMES ENROBES


30 قرص ملبس



phloroglucinol 80 mg / trimethylphloroglucinol 80 mg

fabriqué sous licence par :



 **zenith pharma**

96, Zone industrielle Tassila Inezgane - Agadir - Maroc.
Dr M. EL BOUHMADI, Pharmacien Responsable.

Tenir hors de la portée et de la vue
des enfants
يحفظ بعيدا عن متناول ونظر الأطفال.
AMM N° 451/14 DMP/21/NRQ

05,50



Spasfon®
30 comprimés enrobés



EXP : 03/2025
LOT : 22C15
PPV: 49,60 DH

3 ampoules buvables

D-CURE® FORTE

Cholécalférol 100 000 UI
Vitamine D3

Importé par : **Ergo** 
laboratoire pharmaceutique

Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca. Maroc.
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP



 **SMB**