

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJEETS

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

Déclaration de Maladie : N° P19-0005812

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 435 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Fassi El hri Maria Date de naissance : 05.12.1948

Adresse : 59 Route d'Azemmour Res. Salsabil

Tél. : 06 6149 86 68 Total des frais engagés : 553 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 :



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 : 10/01/2023 Le : 10/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : M. Fassi

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	Date	Montant de la Facture
 BENBRI HIM Touria 100 Boulevard Ibn Sina Tel: 05 22 36 18 68 - Casablanca	23/12/02	553,80

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien cise 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie du C.I.L.

صيدلية سيال

BENBRAHIM Touria

بنبراهيم ثورية

100, Boulevard Ibn Sina

شارع ابن سينا

Angle Bl Ghandi - Casablanca

زاوية شارع غاندي - الدار البيضاء

Tél. : 05 22 36 18 68 / 05 22 94 06 43

الهاتف : 05 22 94 06 43 / 05 22 36 18 68

IGR : 40909030 - CNSS : 2107036

الضريبة العامة على الدخل : 40909030

Patente : 35806319

الباتنات : 35806319

RC : 218524 - ICE : 001660452000032

السجل التجاري : 218524 - ص.و.ض.ج : 2107036

FACTURE

N° 005654

Casablanca, le

23/12/2012

Mr

Rue Nikou Leuia

Quantité	DESIGNATION	Prix U	TOTAL
1	Coplovi a cp	270,00	270,00
1	El Shenof cp	185,70	185,70
1	Cosyrel 75	98,10	98,10
Total =			553,80



6 118001130269
COSYREL 5mg/5mg O
30 comprimés pelliculés sécables
PPV: 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Aïn seba Casablanca
Coplavix 76mg/100mg
b30 cp

P.P.V: 270,00 DH



Maphar
Bd Alkmia N° 6, QL
Sidi Baroussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pelli b30
P.P.V: 185,70 DH



Amenez le presente justificatif à la
Société de Coop Cest Cunquante
Trois Dirhams et quatre Vingt Centimes