

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 : N° S19-0006014

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07906 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SOUAL Fatima Date de naissance : 13-07-1965
Adresse : 24 Lot Al Adnissa Sidi Maaronj casa.
Tél : 0661305484 Total des frais engagés : 720,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Maladie
Longue durée

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 : Casa Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
	30/10/2022	720,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

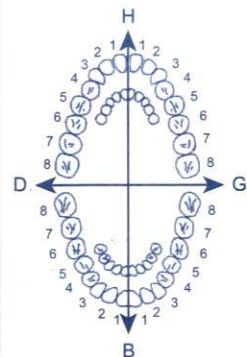
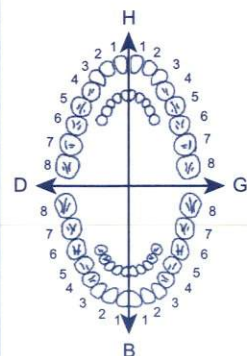
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				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 IBN TAIMIA

119 lotissement aldarissa sidi maarouf

DR EN PHARMACIE
PHD MICROBIOLOGIE
DEUS VIROLOGIE

R.C :337980

Patente:36102085

T.V.A :

C.N.S.S:23000771

Tél :0522335225

Le 30/10/2022

FACTURE N°34984

N° ICE : 00168336000085

N° IF : 77300610

SOUAL FATIMA

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
8	HYDROCORTISONE 10M.G B25 CP	37,50	0,00	37,50	300,00		300,00	19,63	7,00
4	LEVOTHYROX 100µG B30 CP	24,40	0,00	24,40	97,60		97,60	6,39	7,00
3	CACIT 1000M.G B30 CP EFF	107,70	0,00	107,70	323,10		323,10	21,14	7,00
		BRUT TTC	720,70	- Remise	0,00	= NET TTC		720,70	

Nombre d'Articles : 3

TVA 7% Base :

673,71

Montant :

47,16

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :
Sept Cent Vingt Dirhams et 70 centimes.

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 040049
Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

6 118001 040049
Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Qi,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V : 37,50 DH
6 118001 182909

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Qi,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V : 37,50 DH
6 118001 182909

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Qi,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V : 37,50 DH
6 118001 182909
/ scored tablets

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Qi,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V : 37,50 DH
6 118001 182909
able / scored tablets

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Qi,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V : 37,50 DH
6 118001 182909

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Qi,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V : 37,50 DH
6 118001 182909
able / scored tablets

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Qi,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V : 37,50 DH
6 118001 182909

6 118001 040049
Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Qi,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V : 37,50 DH
6 118001 182909
ble / scored tablets