

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.

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

M22- 0058868

149776

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06402 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AKERZOUL DRISS

Date de naissance : 09-02-1965

Adresse : 55 RUE 11 LOT EL WAHDA 1 DEROUA

Tél. : 0673725431 Total des frais engagés : 1056,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HAMRANI KHADEJA Age : 50 ans

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 : DEROUA Le : 16 / 02 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ELFAIZ N°50 Lot Khadja 2 Deroua Tel:0222515869 INPE:062071030	03/2/23	1056,00

[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS
préciser la dent traitée, l'acte

Humalog MIX50 100U/ml, Kwikpen
Suspension injectable
Bouteille de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°1, 27162 Boussouira, Maroc
A.M.M. N° 34817 DMP/21/NRQ

LOT D455069N.1
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

Humalog MIX50 100U/ml, Kwikpen
Suspension injectable
Bouteille de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°1, 27162 Boussouira, Maroc
A.M.M. N° 34817 DMP/21/NRQ

LOT D455069N.1
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

Humalog MIX50 100U/ml, Kwikpen
Suspension injectable
Bouteille de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°1, 27162 Boussouira, Maroc
A.M.M. N° 34817 DMP/21/NRQ

LOT D455069N.5
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

Humalog MIX50 100U/ml, Kwikpen
Suspension injectable
Bouteille de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°1, 27162 Boussouira, Maroc
A.M.M. N° 34817 DMP/21/NRQ

LOT D455069N.7
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

Humalog MIX50 100U/ml, Kwikpen
Suspension injectable
Bouteille de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°1, 27162 Boussouira, Maroc
A.M.M. N° 34817 DMP/21/NRQ

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFF MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTA.S 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 EL FAIZ

50, BOULEVARD KHADIJA 2 DEROUA

Telephone 05 22 51 58 69

FACTURE

N° DE FACTURE

DATE

51
03/08/23

CLIENT: HAMRANI
Khadija



DÉSIGNATION

QUANTITÉ

PRIX UNITAIRE
PPV

TOTAL

- Ins Humalog mix soln style	08	111,00	888,00
- Glucophage 1000mg /30cp	01	28,00	28,00
- Bandelette Bionime 125	02	79,00	140,00

TOTAL

NET A PAYER

1056,00

BIONIME
Blood Glucose Test Strip

2024-07-12
LOT 212272913

79,00

PHARMACIE ELFAIZ

50, BOULEVARD KHADIJA 2 DEROUA

TEL: 05 22 51 58 69

INPE: 062071030

Voir la présente facture à la somme de

LOT 221509
EXP 10/2025
PPV 28.00DH

LOT D455069N.1
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

PHARMACIE EL FAIZ

50, BOULEVARD KHADIJA 2 DEROUA - BERRICHID

PROFESSIONNELLE 55800221

RC 21908

TEL 05 22 51 58 69

ICE 002029128

LF 25001081

BIONIME
Blood Glucose Test Strip

2024-07-12
LOT 212272913

79,00