

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4673 Société : RKM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : B. B. HIRI ALI
 Date de naissance : 08 - 02 - 1953
 Adresse : BP 4002, chemin Safrane et Pida, chemin
Sidra, Casablanca
 Tél. : 0661215936 Total des frais engagés : 197,80 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 :

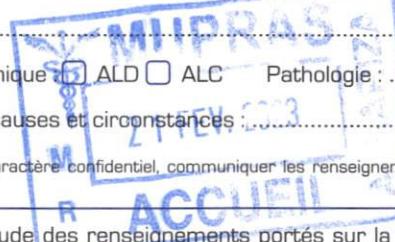
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca Le : 10/02/2022

Signature de l'adhérent(e) : B. B. HIRI

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019



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
PHARMACIE MOBILIS Réception de livraison des Médicaments 13. Lot Ghizlane Angle et El Foubare 1. Oulad Ziane - Hay Aïn Djeffara - CSA Tél. 022 63 06 00 14/02/23	14/02/23	297,20

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[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



PHARMACIE NABILA
13 LOT GHIZLANE AN BD FOUARAT OULAD ZIAN

R.C : Patente:31917074
T.V.A:

Tel : 022 63 69 09

Le 14/02/2023

FACTURE N°78506

N° ICE :

N° IF :

BAHRA ALI

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	URISPAS CO 30U	62,50	187,50	12,27	7,00
1	CONTIFLO CO 0.4MG 30G LP	109,70	109,70	7,18	7,00

LOT 222712 1
EXP 08 2025
PPV 62.50

LOT 220978
EXP 04 2025
PPV 62.50

LOT 222712 1
EXP 08 2025
PPV 62.50

CONTIFLO® 0.4
30 Gélules
à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg

PPV: 109DH70

TOTAL T.T.C : 297,20

Nbr Articles	TVA 7% Base :	297,20	Montant : 19,45	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	--------	-----------------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Deux Cent Quatre-vingt-dix Sept DIRHAMS et 20 centimes.

PHARMACIE NABILA
Rachemin de livraison des médicaments
13, lot Ghizlane Angle 8, rue Fouarat
et Oulad Zian - 29110 Tétouan - 022 63 69 09
CASA

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

Boumras Ali

Matricule :

4673

N° CIN :

Adresse :

B.P 4002 9th Jellal 162A des 3rd - 3 Am

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M.

*Pr. MEZIANE El Mahdi
Chirurgien - Urologue
14, Rue Taki Eddine - Casablanca
Tél : 05 28 21 12 40*

*09 M 1 El Mahdi
Pr. MEZIANE El Mahdi
Chirurgien - Urologue
14, Rue Taki Eddine - Casablanca
Tél : 05 28 21 12 40*

Nécessitant un traitement d'une durée :

Entre 3 et 6 mois

< 3 mois

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

post de chirurgie

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrit :

*- cont 100 ou 400
- mupras*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

CM le 01/11/2022

Cachet et signature du médecin traitant

*Pr. MEZIANE El Mahdi
Chirurgien - Urologue
14, Rue Taki Eddine - Casablanca
Tél : 05 28 21 12 40*



*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