

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

- 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° M21- 048766

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4460 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 153104

Nom & Prénom : Azim SAADIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661102947 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 :

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) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	<p>14</p> <p>03</p> <p>93</p>	<p>35,100</p>

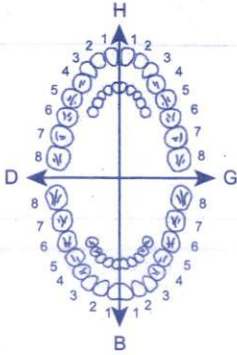
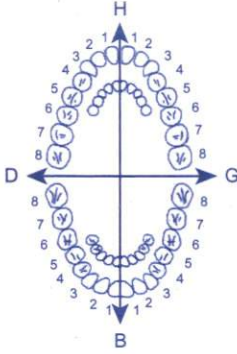
[illegible][illegible]

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 o

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins
		
		

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFF
MASTICATOIRE

H	B
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonc
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à l

PER : 11 2024

L01 : 22E059

TOPLEXIL

SIRIP FL 150 ML

P.P.V : 15DH70

1180001060901

Medicament non soumis à prescription médicale.

يصرف هذا الدواء بدون وصفة طبية.

Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,
Ain Sebaâ, Casa blanca.
Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :

Manbar, Km 10, Route côtière 111, OL-Zenata

يصرف هذا الدواء بدون وصفة طبية.



Titulaire d'AMM au Maroc :
sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,
Ain Sebaâ, Casa blanca.
Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.
Nom et adresse du fabricant :
Maphar. Km 10, Route côtière 111, QI-Zenata,
Ain Sebaâ, Casa blanca.

PHARMACIE EL HILAL

77. Rue Francois Ponsard CASABLANCA

Mme Laaboudi Mazouz Selwa DOCTEUR EN PHARMACIE

CNSS:2013358 R.C:295391 PATENTE:34753673 I.F:14481405 TEL:05 22 25.96.06 FAX:05 22 98.89.87 ICE:001513239000014 INPE:92024256

F A C T U R E

Client.....:AZIM SAADIA

ICE.....:

Date.....:14/03/2023

FACTURE.....N°: 10

! QUANTITE!	DESIGNATION	! PPV	! MONTANT	! TVA!
1	ADD 16 30CP	19.90!	19.90!	0!
1	TOPLEXIL N1	15.70!	15.70!	7!
DONT TVA: 7 %:		1.03	TOTAL :	35.60
DONT TVA: 20 %:		0.00		
TOTAL TVA :		1.03	TOTAL NET:	35.60

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
TRENTÉ CINQ Dirhams 60 Centimes

PHARMACIE EL HILAL
LAABOUDI Selwa
77. Rue M. Bachir Laalaj
Cité Plateaux - Casablanca
Tel: 0522 25 96 06 - ICE: 001513239000014