

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, parodontal 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 du 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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

Nº W19-477009

168293

C
=

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

7008

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Société :

RA M

Nom & Prénom :

KTRI JAOUAD

Autre :

Date de naissance :

14 09 54

Adresse :

HABITUELLE

Tél. :

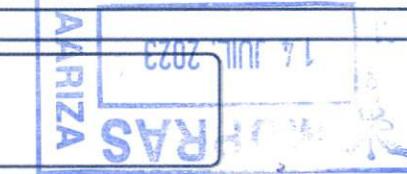
061373313

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

KTRI MINA SAIZI

Age : 62

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

TEVISION

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 :

SALE

Le : 04 / 07 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

KTRI

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/08/23	365,00

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	



NORAIRES

indiquant la nature des soins.

ment canalaïres, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : 

IRPHI 300 mg

30 Comprimés

6 118 000 051268

30 قرصاً

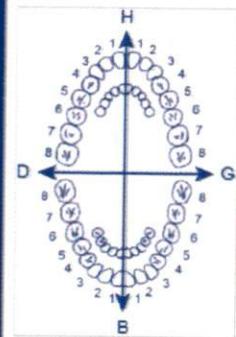


LOT : 072
PER : MAR 2026
PPV : 160 DU

D'EXECUTION

96,00

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFF MASTICATOIRE

H	25533412	21433562
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

LOT : 083
PER : SEP 2025
PPV : 75 DH 20

28 Comprimés

Besylate d'Amiodipine

CALCINIB® 10mg

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE

Facture N° 20230703-137

Date de vente : 03/07/2023
Médecin traitant :

KTIRI AMINA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
IRPHI CO 300MG B30 COMP	1	160,90	Exonéré (0.00%)	160,90
REDLIP CO 20MG B30 COMP	1	97,60	Exonéré (0.00%)	97,60
ZYLORIC CO 200MG B28 COMP	1	31,30	TVA (7.00%)	31,30
CALCINIB CO 10MG B28 COMP	1	75,20	Exonéré (0.00%)	75,20

Total HT	362,95 DHS
TVA	2,05 DHS
Total	365,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : trois cent soixante-cinq DHS

pharmacie Karia
Med. 53
37/35
Abderra
Sociedad Amil 05 37 82 90
Bens Av. Tél: 05 00041-RC
23 Bis Salé 003179989000041
ICE