

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.

M22- 0030932

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	2867	Société :	R.A.T
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	ND
Nom & Prénom :		EDDARI EL DOSTAFA	
Date de naissance :		18/11/55	
Adresse :		49 Rue d'Algérie 0787	
Tél. :		05 21 32 15 98	
Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin

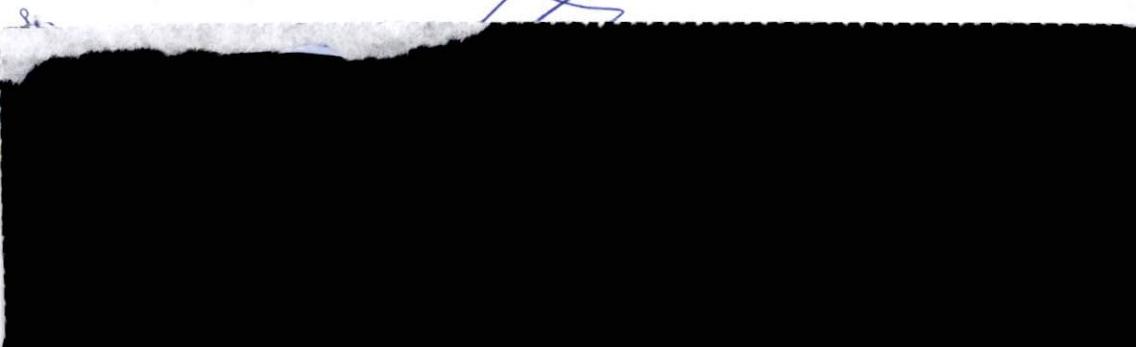
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	13/07/2013	Age:
Nom et prénom du malade :	Babar	Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	DM		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 :

Le : 14/07/13

Signature de l'adhérent(e) :



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
13/10/03	5		200	<p>DOCTEUR MICHAEL JU EX Assistant C.I.A. 4, Rue de Béziers St Louis Paris Tel. 0622 48 27 88109</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/07/2023	1970,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DENTITION H D → G ← B H → G ← B	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS 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

Docteur Mohamed JELLAL

Ex. Assistant C.H.U. St LOUIS Paris

Membre de l'Alfédiam et E.A.S.D.

Diabète - Obésité - Cholestérol - Thyroïde

Tél.: 0522 48 27 88

الدكتور محمد جلال

طبيب سابق بمستشفى سانت لويس بباريس
أمراض السكري - السمنة - الكوليستروール

الغدة الدرقية

الهاتف : 0522 48 27 88

$$3 \times 36,20 = 108,60$$

bla bla



$$3 \times 16,90 =$$

bla bla

$$3 \times 20,50 = 61,50$$

bla bla

$$3 \times 22,40 =$$

bla bla

$$3 \times 11,80 = 35,40$$

bla bla

$$3 \times 36,00 =$$

bla bla

$$3 \times 61,20 =$$

bla bla

$$3 \times 63,20 =$$

bla bla

$$3 \times 10,70 =$$

bla bla

$$17,90$$

bla bla

$$1970,10$$

bla bla

Casablanca, le

13/07/23

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

24، زنقة بغداد (قرب زنقة أكادير ومصطفى المعاني) - الطابق السادس - الدار البيضاء

24, Rue de Bagdad (ex Damrémont) R.D.C. Angle Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maâni) - Casablanca

Dr. MOHAMED JELLAL
Ex. Assistant C.H.U. St LOUIS Paris
24, Rue de Bagdad (ex Damrémont) R.D.C. Angle Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maâni) - Casablanca

رولامول®
Xolamol®

Lot: 12 2025
Fab: 12 22
Exp: 12 24

P.P.V: 110 DH 70

رولامول®
Xolamol®

Lot: PPV: 110,70 Dhs

Exp:
P.P.V: 110 DH 70

LOT 230231 1
EXP 12 2025
PPV 26 90

→ 208,00

LOT 223069 1
EXP 10 2025
PPV 26 90

→ 208,00

PPV: 96DH00
PER: 12/24
LOT: L2469-1

PPV: 96DH00
PER: 12/24
LOT: L2469-1

LOT 222922
EXP 09 2025
PPV 36.20

LOT 221667
EXP 05 2025
PPV 36.20

LOT 222921
EXP 09 2025
PPV 36.20

63,20

63,20

63,20

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
disponibles

PPU 22DH40
EXP 09/2024
LOT 26014 1

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 17,40 DH
ID: 651978
Barcode: 6 118000 161295

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
disponibles
PPU 22DH40
EXP 05/2024
LOT 22005 5

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
disponibles
PPU 22DH40
EXP 09/2024
LOT 26014 3

PH.CROIX DU SUD

MME KTIRI JOUNDY FATIMA

62 RUE MED SEDKI

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35424065

N° R.C. : 372691

N° ID.F. : 20763230

N° ICE 001727771000005

N° CNSS : 1175638

Tel : 022277534

Fax : 022208027

Eddari el mostapha

I.C.E. :

Le : 14/07/2023

FACTURE N°: 10195/23

Qté	Désignation	Prix	Montant
3	STAGID 700MG /30CPS	36.20	108.60
3	ODIA 1MG B 30	26.90	80.70
3	COVERAM 5MG/5MG BT/ 30 CP	208.00	624.00
2	ASKARDIL 75MG B 30 CPS	22.40	44.80
1	ASKARDIL 75MG B 30 CPS	22.40	22.40
3	NEBILET 5MG 28CPS	87.50	262.50
3	PRAZOL 20MG /28GELULES	96.00	288.00
3	ZYRTEC 10MG 15CPS	63.20	189.60
3	XOLAMOL SOLUTION OPHTAL	110.70	332.10
1	DERMOVAL CREME 10G	17.40	17.40

TVA 7%:

54.11

Total :

1 970,10

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE NEUF CENT SOIXANTE DIX DIRHAMS ET DIX CTS

