

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- 0025930

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 735

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Fassi Fibri Maria

Date de naissance :

05.12.1968

Adresse :

52, Route d'Azemmour Residence Salsabil
Casablanca

Tél. 0661498668

Total des frais engagés : 3171,00 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 : 15.11.2023

Signature de l'adhérent(e) : M. Fassi

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
J.L. Pharmacie C.I.L Pharmacie C.I.L BENBRAHIM Touria 100 Boulevard Ibn Sina Tel : 06 22 38 18 88 - Cass	08/11/93	Montant de la Facture Pharmacie C.I.L BENBRAHIM Touria 100 Boulevard Ibn Sina Tel : 06 22 38 18 88 - Cass 3171,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

réation, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie du C.I.L.

BENBRAHIM Touria

100, Boulevard Ibn Sina

Angle Bl Ghandi - Casablanca

Tél. : 05 22 36 18 68 / 05 22 94 06 43

IGR : 40909030 - CNSS : 2107036

Patente : 35806319

RC : 218524 - ICE : 001660452000032

صيدلية سياں

بنبراہیم ثوریہ

100، شارع ابن سینا

زاویہ شارع غاندی - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 94 06 43 / 05 22 36 18 68 :

الضررية العامة على الدخل : 40909030

البنا : 35806319

السجل التجاري : 218524 - ص.و.ض.ج: 2107036

FACTURE

N° 005895

Casablanca, le

08 / 11 / 2023

Mr

Rue Nidou Naïma

Quantité	DESIGNATION	Prix U	TOTAL
01	Dantus SoloStar 5	744,00	744,00
03	Gallus 50 / 60	390,00	1170,00
03	Feldigal 10 / 28	419,00	1257,00
Total			3171,00



sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ BS
P.P.V. : 744DH00

6118001 081615

à M. le Dr le préside de l'acte à la

de trois ille Cent
re ouze. Dr. Almeida

Maphar
Bd Alkemia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V. : 419,00 DH

6 118001 185023

Forxiga N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V. : 419,00 DH

6 118001 185023

Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V. : 419,00 DH

6 118001 185023



6118001031030

Galvus® 50 mg
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



6118001031030

Galvus® 50 mg
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



6118001031030

Galvus® 50 mg
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH