

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	1695	Société :	ND
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	789000
Nom & Prénom :		Nikou Abdelilah	
Date de naissance :		01-01-1947	
Adresse :		52, Bld Abdelhaqq Boutaleb, Presidence	
Tél. :		06 42 77 84 02	
		Total des frais engagés : 2.889,40 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) :

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 C.I.L BEN BRAKIM Touria 100 Boulevard Ibn Sina BP 2236 18 68 - Casa	08/11/23	2889,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 :

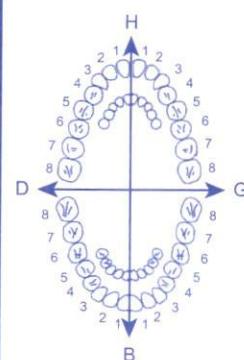
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, 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 BI Ghandi - Casablanca

Tél. : 05 22 36 18 68 / 05 22 94 0643

IGR : 40909030 - CNSS : 2107036

Patente : 35806319

RC : 218524 - ICE : 001660452000032

صيدلية سيال

بنبراهيم ثورية

100، شارع ابن سينا

زاوية شارع غاندي - الدار البيضاء

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

الضريبة العامة على الدخل : 40909030

البيانات : 35806319

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

FACTURE

N° 005890 : Casablanca, le 08/11/2013

Mr N° NIKOU Abdelslah.

Quantité	DESIGNATION	Prix U	TOTAL
01	UPERIO 100 mg	405,00	405,00
02	Degeltol 20 mg	375,00	750,00
02	Asthe 10 mg	167,00	334,00
02	Desiflazap 20 mg	34,60	69,20
02	Cardsiel 17 mg	58,10	116,20
	Total =		2889,40

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



صيدلية سيال
Pharmacie C.I.L.
BENBRAHIM Touria
100, Boulevard Ibn Sina
Tél: 05 22 36 18 68 - Casa

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

118001 100873

Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7862160239

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 375,00 DH
Bayer S.A.

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V : 375,00 DH
Bayer S.A.

UPERIO®
Bd Alkimia N° 6, QI
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH

UPERIO®
Bd Alkimia N° 6, QI
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60

6 118000 060468