

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0025157

195787

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5752

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Hikmi Nafise

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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 :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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

RELEVÉ 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
	11/11/23	59,90
	23/11/23	51,00
	01/12/23	56,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

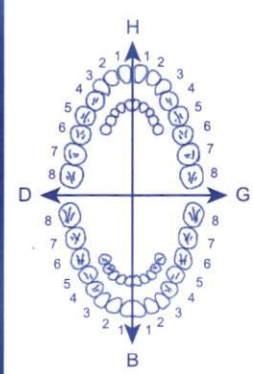
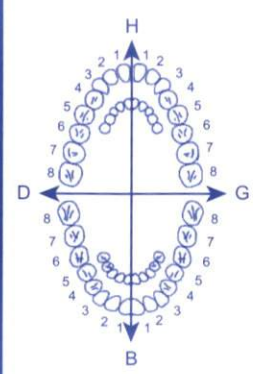
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div> G </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie Rachidi - A

Facture n° :

Date : 23/11/23

Client :

Désignation	Qté.	P.U	P.T
Gronco Libesing	1	51,00	51,00

PHARMACIE RICHIDI "A"
 N° 107 DR RA...
 CASA, TEL...
 BOUSKOURA

51,00

Total : 51,00

Litissement dalya - N° 6 Centre Bouskoura, Nouaceur - Casablanca

Patente N° : 32911459 - I.F : 50707580 - ICE : 00048230000053 - INPE : 092049760

Tél : 05 22 32 06 30

Pharmacie Rachidi - A

Facture n° :

Date : 10/11/23

Client :

Désignation	Qté.	P.U	P.T
Difal Suppo.	1	32,40	32,40
Piclo Suppo.	1	22,50	22,50

PHARMACIE KICHIDI "A"
 DR RAHMOU YOUNES
 1/6 LOT DACTA SENTA BOUSKOURA
 CASB TEL 05 42 32 06 30

DIFAL[®]
 Diclofénaac sodique 100 mg
 Boîte de 10 Suppositoires
 P.P.V. : 32,40 D
 6 118000 190363

Diclo Pharma 5*100mg
 Boîte de 10 suppositoires
 6 118000 09027

PHARMACIE "A"
DR RAOUL JONES
V6 LOT D'ARTHEMISIN
CASA TEL 05 42 32 06 30

A photograph of a box of DIFAL suppositories. The box is white with blue and red accents. A price tag is attached to the box, showing the product name 'DIFAL', the active ingredient 'Diosfénilac sodique 100 mg', the quantity 'Boîte de 10 Suppositoires', and the price 'P.P.V. : 32,40 DH'. A barcode is also visible on the box, with the number '6 118000 190363' printed below it.

Diclo Pharma 5^e 100mg
Boite de 10 suppositoires



6 118000 090274

Total : 59.92

Pharmacie Rachidi - A

Facture n° :

Date: 1/12/23

Client :

Désignation	Qté.	P.U.	P.T
Dolipron 100 mg	1	14,00	14,00
clartec. 10mg	1	22,00	22,00
frakedex pt.	1	20,20	20,80

PHARMACIE RICHIDI "A"
DR RALPH KOUNES
LOT DALLA - CENTRE BOUKOURA
CASA. TEL. 05 22 32 06 30

Total : 56,80

Litissement dalya - N° 6 Centre Bouskoura, Nouaceur - Casablanca

Patente N° : 32911459 - I.F : 50707580 - ICE : 00048230000053 - INPE : 092049760

Tél : 05 22 32 06 30

PPV:14DH00

PER:01/25

LOT:1257

Doliprane® 1000 mg ○

PARACÉTAMOL
10 Comprimés



6 118000 040972

LOT : 4971
PER : 06 - 26
P.P.V : 22 DH 00

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g
Distribué par : ZENITHPHARMA,
86 zone industrielle Tassila Inezgane,
Agadir- Maroc. PPV : 20.80 dh
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM