

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 canaux, 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 canaux.

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

N° W21-722076

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03522 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 185726

Nom & Prénom : BENOUM Khalid

Date de naissance : 08/03/1952

Adresse : 47 Rue Larbi Doghni Fonceville

Tél. : 0661424461 Total des frais engagés : 1685,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : El Fekhtali Rachida Age: 70

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie longue durée

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 : 28 / 12 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE 126 (Ex 40) - Rue de la Paix France - Casablanca Tél: 05 22 98 05 99	07/12/23	1685,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

COVERAM® 5mg/5mg



COVERAM® 5mg/5mg



COVERAM® 5mg/5mg



COVERAM® 5mg/5mg



COVERAM® 5mg/5mg



COVERAM® 5mg/5mg



SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

* VIGNETTE

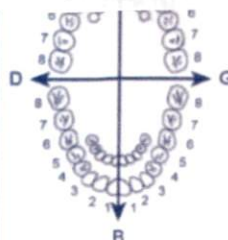
NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

ETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE AL ANDALOUSSIA CASABLANCA

BENANI MYRIEM

0522980693 - 0661613599

126, rue dom pérignon, france ville 2, casablanca



Facture N° 20231207-121

Date de vente : 07/12/2023
Médecin traitant :

Mme EL FACHTALI Rachida

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
COVERAM CO 5MG/5MG B30 COMP	6	208,00	Exonéré (0.00%)	1 248,00
NEBILET CO 5MG B28 COMP	5	87,50	Exonéré (0.00%)	437,50

Total HT	1 685,50 DHS
TVA	0 DHS
Total	1 685,50 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : mille six cent quatre-vingt-cinq DHS et cinquante centimes

PHARMACIE AL ANDALOUSSIA
126 (Ex 40), Rue Dom Pérignon
France Ville 2, Casablanca
Tél.: 05 22 98 06 93