

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

- 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

Nº W21-822736

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06402

Actif

Pensionné(e) Autre : AKERZOUH DRISS

Nom & Prénom : 09-02-1965

Date de naissance :

Adresse : 0673725431

Télé : Total des frais engagés : 1219,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

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 : NOUACEUR

Le : 27/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

Nº W21-822736

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 06402

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 1219,00 Dhs

Date de dépôt : 27/12/2023

Autorisation CNDP Nº : A-A-215/2019

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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE ELFAIZ N°50 Lot Kadija 2 Derou Tel: 022515869 INPE:062071030	22/08/23		1819.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

LOT D564733H.3
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

LOT D564733Z.4
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

LOT D564733Z.4
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

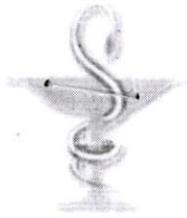
SOINS DENTAIRES

INP : [REDACTED]

Traitées Soins Coefficie...

[REDACTED]

</



DR ELFAIZ

PHARMACIE EL FAIZ

50 LOT KHADIJA 2 DEROUA

R.C :21908

Patente:55800221

T.V.A :

Tél : 05 22 51 58 69

Le 22/12/2023

FACTURE N°2023024

N° ICE : 002029128000017

N° IF : 25001081

HAMRANI KHADIJA

ICE N° :

Qté	Désignation	PPH Unitaire	% Remise	PPH NET Remise	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
1	VIPDOMET 12.5MG/1000MG/56CPS	413,00	0,00	413,00	413,00		413,00		
6	INS HUMALOG MIX 25 KWIKPEN STY	111,00	0,00	111,00	666,00		666,00		
2	BANDELE BIONIME / 25	70,00	0,00	70,00	140,00		140,00	23,33	20,00

PHARMACIE ELFAIZ
N 50 Lot Khadija 2 Deroua
Tel. 0522515869
INPE:062071030

DROIT TIMBRE 0.25%	BRUT TTC	0,00	- Remise	0,00	= NET TTC	1 219,00
--------------------	----------	------	----------	------	-----------	----------

Nombre d'Articles : 3	TVA 7% Base :	Montant	TVA 20% Base :	116,65	Montant	23,33
-----------------------	---------------	---------	----------------	--------	---------	-------

Arrêté la présente facture à la somme de :

Mille Deux Cent Dix-neuf DIRHAMS.

Vipdomet® Benzoate d'alogliptine Chlorhydrate de metformine

12.5 mg/1000 mg

LOT NO.: 357082
DATE EXP: 05.2026
PPV : 413DH00

56 comprimés pelliculés

