

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

N° W21-822728

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06402 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AKERZOU DRISS

Date de naissance : 09.02.1965

Adresse :

Tél. : 0673725431 Total des frais engagés : 1159,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HAMRANI KHADIJA Age : 51 ans

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

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 : DEZOUA Le : 07/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-822728

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 : 6402

Nom de l'adhérent(e) : AKERZOU DRISS

Total des frais engagés : 1159,00

Date de dépôt : 07/02/2024

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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ELFAIZ N°50 Lot Khadja 2 Derriar T.N: 0522515869 INPE: 062071030	05/21/24	AA59100

[illegible][illegible]

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

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXECUTION</p>														
	<p>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552		00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			
H																		
25533412		21433552																
00000000		00000000																
G																		
00000000		00000000																
35533411		11433553																
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN

Dents: ☐ EL LJI
 Page: ☐ Pays: ☐ E
 Titulaire: ☐ Labor: ☐ 27182 B
 Fabric: ☐ LLLY FRA
 2, Rue du L
 67640 Fege
 et
 EL LJI

Humalog® Mix25
 KwikPen™
 Suspension injectable
 1 stylo de 3 mL
 B.P. N°1: 27182 Roussours, Marne
 A.M.M. N°11017 DMP21/NRQ

6 118001 071524

LOT D564733AJ.7
 UT AV 08 2025
 PPV 111.00 DH

LOT D564733AJ.7
 UT AV 08 2025
 PPV 111.00 DH

humalog® Mix25
 KwikPen™
 Suspension injectable
 1 stylo de 3 mL
 B.P. N°1: 27182 Roussours, Marne
 A.M.M. N°11017 DMP21/NRQ

6 118001 071524

LOT D564733AJ.7
 UT AV 08 2025
 PPV 111.00 DH

Dents: ☐ EL LJI
 Page: ☐ Pays: ☐ E
 Titulaire: ☐ Labor: ☐ 27182 B
 Fabric: ☐ LLLY FRA
 2, Rue du L
 67640 Fege
 et
 EL LJI

Humalog® Mix25
 KwikPen™
 Suspension injectable
 1 stylo de 3 mL
 B.P. N°1: 27182 Roussours, Marne
 A.M.M. N°11017 DMP21/NRQ

LOT D564733AJ.7
UT AV 08 2025
PPV 711.00 DH

LOT 0564733A1.1
UT AV 08 2025
PPV 171.00 DM

LOT D564733AJ.1
UT AV 08 2025
PPV 711.00 DM

Débit
 ELLI
 Pape
 Pape
 Trous
 Labor
 17182
 Fabric
 LILLY F
 2 Rue C
 et
 ELLI
 17182

Humalog® Nx25
KwikPen™
 Suspension injectable
 1 vial de 3 mL
 SOHMA
 B.P. N° 17182 Boulevard, Maroc
 A.M.M. N° 110170AMP21N9R

Rembourseable IAO

6 118001 071524



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 05/02/2024

FACTURE N°202405

N° ICE : 002029128000017

N° IF : 25001081

KHADIJA HAMRANI

ICE N° :

Qté	Désignation	PPH Unitaire	% Remise	PPH NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
2	VIPDOMET 12.5MG/1000MG/56CPS	413,00	0,00	413,00	826,00		826,00		
3	INS HUMALOG MIX 25 KWIKPEN STY	111,00	0,00	111,00	333,00		333,00		

PHARMACIE ELFAIZ
N°50 Lot Khadija 2 Dero
Tél: 05 22 51 58 69
INPE: 062071030

DROIT TIMBRE 0.25%

BRUT TTC

0,00 - Remise

0,00 = NET TTC

1 159,00

Nombre d'Articles : 2

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

Montant

Arrête la présente facture à la somme de :
Mille Cent Cinquante Neuf DIRHAMS.

Vipdomet[®] Benzoate d'alogliptine
Chlorhydrate de metformine

12.5 mg/1000 mg

56 comprimés pelliculés

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



Vipdomet[®] Benzoate d'allogliptine
Chlorhydrate de metformine

12.5 mg/1000 mg

56 comprimés pelliculés

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

