

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

- Reclamation : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Au

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2509 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : chriadmi AFIFA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661.09.56.13 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enf

Nature de la maladie :

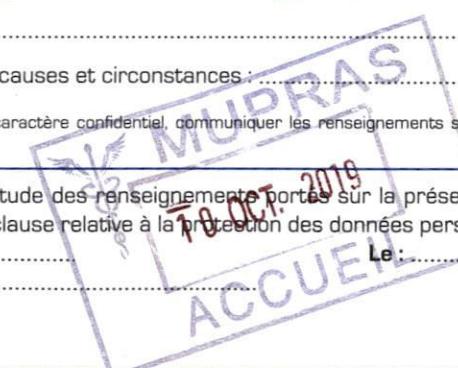
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-026022

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

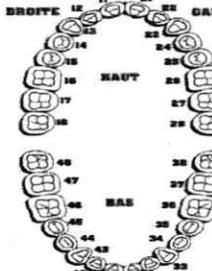
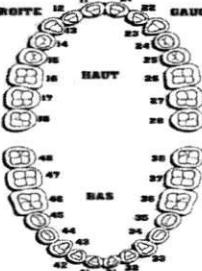
Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

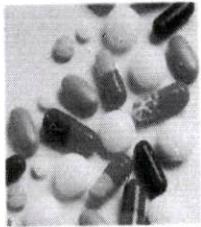
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
					
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
Visa et cachet du praticien attestant le devis					
Visa et cachet du praticien attestant l'exécution					
VOLET ADHERENT		NOM :		Mle	
DECLARATION N°		W18-366919			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					

MUPRAS		W18-366919		DATE DE DEPOT	
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle		Signature de l'adhérent	
Nom & Prénom		CHIADMI AFIFA		Signature de l'adhérent	
Fonction :		RETRATEK		Phones 0661095613	
Mail		demarsho6@gmail.com		Signature de l'adhérent	
MEDECIN		Prénom du patient		Signature et cachet du médecin	
Adhérent <input type="checkbox"/>		Conjoint <input type="checkbox"/>		Enfant <input type="checkbox"/>	
Age		Date		Date 1ère visite	
Nature de la maladie					
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
Nature des actes		Nbre de Coefficient		Montant détaillé des honoraires	
PHARMACIE		Date 02/09/19		Signature et cachet du pharmacien	
Montant de la facture		f 46,40 f		Signature et cachet du pharmacien	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :		Signature et cachet du praticien	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		Signature et cachet du praticien	
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Date :					
Nombre					
AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires	



PHARMACIE IZDIHAR

154 LOT AL IZDIHAR SIDI EL ABED HARHOURA

R.C :89686

Patente:28027133

T.V.A :

C.N.S.S:9506562

Tél :05-37-62-67-39

Le 02/09/2019

FACTURE N°25

N° ICE : 001824000000064

CHIADMI AFIFA

N° IF : 56417165

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	EFFERALGAN 500 MG 16 CPS	15,90	15,90	1,04	7,00
1	ASPEGIC SACHETS 1000 MG PM	30,80	30,80	2,01	7,00

Signature
TOTAL T.T.C :

46,70

Nbr Articles	TVA 7% Base :	46,70	Montant :	3,05	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :

Quarante Six Dirhams et 70 centimes.

PER : 07/2020
LOT : 884119
ASPEGIC 1G
SACHETS B10
P.P.V : 30DH80
6 118000 061083

Titulaire d'AMM au M
sanofi-aventis Maroc,
Ain Sébaâ, Casablanca
Nom et adresse du fi
Lahcen BOUCHAOUIR,
sanofi-aventis Maroc,
Ain Sébaâ, Casablanca

EFFERALGAN 500 mg

PPV 15DH90

EXP 11/2020
LOT 70049 3

16 comprimés effervescents