

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

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2509

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : chiadmi AFIFA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.09.56.13

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Age:

Nom et prénom du malade :

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 l'
médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie **Nº P19-026192**

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 Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H	21433552		
D		25533412	00000000	G	
		00000000	00000000		
		35533411	11433553		
(Création, Remont, adjonction) <small>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</small>					
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			
VOLET ADHERENT		NOM : _____ Mme			
DECLARATION N°		W18-366920			
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					



W18-366920

DATE DE DEPOT

/ 201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mme

Nom & Prénom CHIAMI AFIFA

Fonction RETRAITE Phone 16095613

Mail demarla@gmail.com

Signature de l'adhérent
Signature de l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age _____ Date _____

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

PHARMACIE Date 09/09/19

Montant de la facture

53,10 f

Signature et
cachet du
médecin

ANALYSIS - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

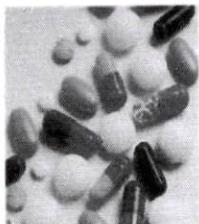
Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

CACHE
SACHE
ACCUEIL
10 OCT. 2019



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 09/09/2019

FACTURE N°30

N° ICE : 00182400000064

N° IF : 56417165

CHIADMI AFIFA

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	RHINOFEBRAL	14,30	14,30	0,94	7,00
1	DOLIPRANE 1000MG CP SIMPLE	14,00	14,00	0,92	7,00
1	NABYOL FORTE 100MG	24,80	24,80	1,62	7,00

TOTAL T.T.C :

53,10

Nbr Articles **TVA 7% Base :** **53,10** **Montant :** **3,48** **TVA 20% Base :** **Montant**

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinquante Trois Dirhams et 10 centimes.

رينو فيبرال®

باراسيتامول - كلوروفينامين - فيتامين س

كبسولة



ADULTE
10 Comprimés

COMPRIME



50 قرصاً ملبيساً

S. Béthouard - Pharmacie Raspail
Boulevard des Capucines - 75002 Paris
France

LOT : 19026
02/2026
H4034,4
N°.LOT :

14,30

56.836.12.17

PPV: 14DH00
PER: 10-20
LOT: G1884
3

14,30



6 1118000 041313

nabivol forte® 100 mg
Nitroxoline
50 Comprimés enrobés

بوتي ش.م.
82، ممر الكازيارينايس - عين السبع - الدار البيضاء
س.ال بشوش - صيدلي مسؤول



DG