

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

- Réclamation : 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 Alali Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

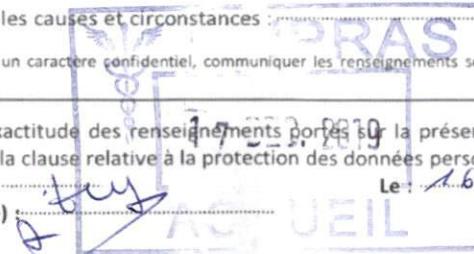


Déclaration de Maladie

N° W19-431650

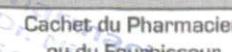
12707

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2509			
Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	CHIADI
Nom & Prénom : A FIFI			
Date de naissance : 07/01/57			
Adresse : HABIBI HABIBI			
Tél. : 0661095613 Total des frais engagés : 50,70 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : 19/02/2010 Le : 16/02/2010			
Signature de l'adhérent(e) : 			

VOLET ADHERENT			
Déclaration de maladie			
N° W19-431650			
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 : 2509			
Nom de l'adhérent(e) : CHIADI			
Total des frais engagés : 50,70			
Date de dépôt :			

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 : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	
.....	

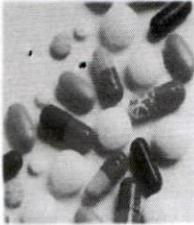
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11.11.19	150,40,-

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

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE				
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 26533412 21433552 00000000 00000000 D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> 00000000 00000000 35533411 11433553 B <input type="checkbox"/>		
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>
				DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>



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 11/11/2019

FACTURE N°38

N° ICE : 001824000000064

N° IF : 56417165

CHIADMI AFIFA

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	KOPRED 20MG/20CPS	36,40	36,40	2,38	7,00
1	RHINOFEBRAL	14,30	14,30	0,94	7,00

TOTAL T.T.C :

50,70

Nbr Articles	TVA 7% Base :	50,70	Montant	3,32	TVA 20% Base :	Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :

Cinquante Dirhams et 70 centimes.

Pharmacie
Dr. Nizar EL IZDIHAR
N°154, Hdi Albed
Harhoura - Sidi Abd
Tél : 05-37-62-67-39
INPE 2020739

756.836.12.17

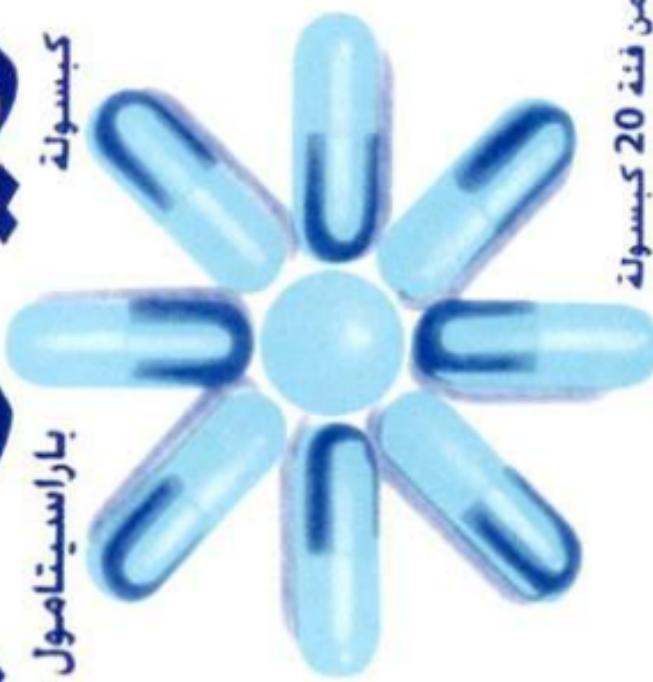
LOT : 190264
UT AV : 02/2022
PPV : 14,30DH

PPV (DH) : LOT N° : UT AV :

رينوفيفبرال

باراسيتامول - كلوروفيتامين - فيتامين س

كبسولة



علبة من فنت 20 كبسولة
الزكام مع ألم الرأس ، أو حمى

RHINOFEBRAL®

20 GELULES
Paracétamol 240 mg. Maléate de
chlorphénamine 3,20 mg
Acide ascorbique 100mg/gélule



كوبريد®

بريدنيزولون

20 ملخ

عن طريق الفم

قرصاً فوار

20

PHARMAS 5

PHARMAS
LOT : 7715
UT.AV : 09-21
PPV:36DH40