

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 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

N° M21- 067269

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4651

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Jamel A. Arab Bahsen

Date de naissance : 1953

Adresse : 56 Bd Abderrahman Bouafid

Hay Frazha

Tél. : 06 55 59 282

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie Les Pyramides
Dr. Elmoustapha GHANDAF
6, Bis Bd. Abdelrahim Bouabid
Tél: 0522 99 20 52 - Casablanca
NPE: 092049451 NCE: 002072066000035

26/01/2024

602,00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

		Nombre				
		AM	PC	IM	IV	

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, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENT

COEFFICIENT DES TRAVAUX

EXP : 10 2025	P.P.V. 103 40	EXP : 10 2025	P.P.V. 103 40
LOT N° : 0P9277		LOT N° : 0P9277	

DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	

PROTH

COEFFICIENT DES TRAVAUX

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU	

PPV: 20DH00 PER: 11/26 LOT: M3782	PPV: 20DH00 PER: 07/26 LOT: M2553
---	---

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
1	CARDENSIEL 2.5MG 30CP	50,70	0,00	50,70	50,70		50,70		
2	CARDIO ASPIRINE 100 MG	27,70	0,00	27,70	55,40		55,40		
2	BIPRETERAX /30CP	111,10	0,00	111,10	222,20		222,20		
1	VITAMINE C1000 B20 CP EFF	26,90	0,00	26,90	26,90		26,90	1,76	7,00
2	DOLIGRIPPE 8 STS	20,00	0,00	20,00	40,00		40,00	2,62	7,00
2	TAHOR 20MG BTE 28COMP	103,40	0,00	103,40	206,80		206,80		
Pharmacie les Pyramides Dr. Elmustapha GHANDAF 6, Bis Bd. Abderrahim Bouabid Tél: 0522 99 26 52 - Casablanca INPE: 092049451 - ICE: 002072066000035									
REMISE GLOBALE :		BRUT TTC		602,00	- Remise	0,00	= NET TTC	602,00	
Nombre d'Articles : 6		TVA 7% Base :		62,57	Montant :	4,38	TVA 20% Base :		Montant
Arrêté la présente facture à la somme de : Six Cent Deux Dirhams.									