

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



193083

Déclaration de Maladie

M23- N° 0030253

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1545 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BENYASS ABDELHAFIA
 Date de naissance : 08/03/54
 Adresse : LOT 125 TRANCHE D LMAJINA LJAB'DA
 SIDI OTMANE CASABLANCA
 Tél. 0662189350 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 :
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 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) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

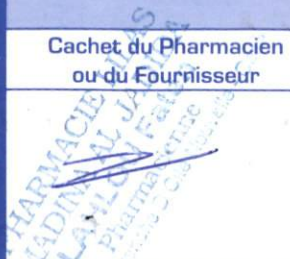
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
	01/2/24	1014.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

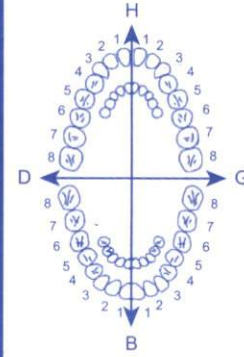
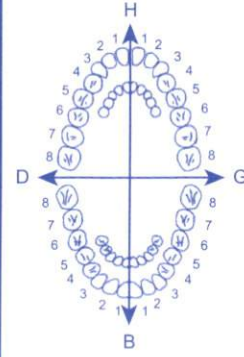
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	29/01/24					7 ne

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE LILAS
MADINA AL JADIDA

LANLOU Faten

Pharmacienne

ot. 378 Tranche D Cité Nouvelle - Casa

CASABLANCA 07/02/2024
Facture N° 05

M: Remyass
ABDELHAFID

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
	- Co-plavix	270	270
	- Lantus (stylé) 144	794	794
Total : 1014 DH			
Mille Quatorze dirhams			
ICE : 002545123257			

INP 092073170

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH
6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml, Inj b6 sty
P.P.V : 744,00 DH
6 118001 081618

PHARMACIE LILAS
MADINA AL JADIDA
LANLOU Faten
Pharmacienne
ot. 378 Tranche D Cité Nouvelle - Casa

FANNANE MEDIC

SARL

Consommable médical & Chirurgical
Orthopédie- Cosmetique

Facture N°19/2024

Date 29/01/2024

Mr BENYASS ABDELHAFID

CASA

Désignations	Qté	PU HT	Montant HT
BANDELETTES CODE FREE BOITE DE 50	05	125,00	625,00
ICE 000213165000040			

ARRETTE LA PRESENTE FACTURE
SEPT CENT CINQUANTE DHS

TOTAL HT	625,00
TVA	125,00
TOTAL TTC	750,00

FANNANE MEDIC
Bd Mohamed Bouziane Résidence Farhatine
Imm5 Mag 101 - Casablanca
Tel : 0522 38 72 43

Bd Mohamed Bouziane Résidence Farhatine Imm5 Mag 101 CASA
Tél/Fax : 0522 387243

RC : 233995-- PATENTE : 37290170 -- IF : 40262314 -- CNSS : 8706999
ICE 000213165000040

LOT 10349J1AC1
2023-09-18
2025-09-17
(01) 08809319399308
(11) 230918
(17) 250917
(10) 10349J1AC1



8 809319 399308

LOT 1033C71AC1
2022-12-07
2024-12-06
(01) 08809319399308
(11) 221207
(17) 241206
(10) 1033C71AC1



8 809319 399308

LOT 10349J1AC1
2023-09-18
2025-09-17
(01) 08809319399308
(11) 230918
(17) 250917
(10) 10349J1AC1



8 809319 399308

LOT 1034821AC1
2023-08-02
2025-08-01
(01) 08809319399308
(11) 230802
(17) 250801
(10) 1034821AC1



8 809319 399308

LOT 1034821AC1
2023-08-02
2025-08-01
(01) 08809319399308
(11) 230802
(17) 250801
(10) 1034821AC1



8 809319 399308