

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06592 Société : RAN 202666

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ABDELLAKARIN ABDELLATIF

Date de naissance : 10.10.1962

Adresse : Anfa, Avenue de l'Indépendance, Casablanca

Tél. : 0659553952 Total des frais engagés : 555,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19 Aout 2024

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 : 19 Aout 2024

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 19 Aout 2024

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALAIN JAOUEN 18 BOULEVARD TANIER 04 99 49 10 05 M. Bertrand	15/04/24	555,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE 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 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
	00000000	00000000		
	35533411	11433553	B	
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DEBUT D'EXECUTION
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
	00000000	00000000		
	35533411	11433553	B	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			FIN D'EXECUTION
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
	00000000	00000000		
	35533411	11433553	B	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
	00000000	00000000		
	35533411	11433553	B	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
	00000000	00000000		
	35533411	11433553	B	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			DATE DU DEVIS
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
	00000000	00000000		
	35533411	11433553	B	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			DATE DE L'EXECUTION
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
	00000000	00000000		
	35533411	11433553	B	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE AL ANDALOUS DE TANGER sarl. au

👤 Dr BENJELLOUN TAOUIQ

📞 +212539946910

📍 118 BOULEVARD MOHAMED V



Facture N° 20240408-267

Date
2024-04-15

Client
ABDELKrim ABDELAÏD
Adresse
Maroc

Produit	Qté	P.U	TVA	Total
HUMALOG KWIKPEN MIX IN 25 PEN 100UI/ML INJECTABLE	5	111.00	0%	555.00
Total HT	TVA			Total
555.00 DHS	0.00 DHS			555.00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : Cinq Cent Cinquante-Cinq DHS

صيدلية الأندلوز
PHARMACIE AL ANDALOUS
Dr. Benjelloun Taouiq
118, BOULEVARD MOHAMED V
TÉL: 05 39 94 69 10
TANGER

Respecter les doses prescrites

احترام الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance

يصرف موجب وصفة طبية

Liste II

لائحة II



Soyez très prudent

Ne pas conduire sans l'avis d'un professionnel de santé

إحذروا جيداً
لا ينبغي القيادة دون استشارة أخصائي الصحة

LOT D564733AJ.5

UT AV 08 2025

PPV 111.00 DH

HP 8797

Respecter les doses prescrites

احترام الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance

يصرف موجب وصفة طبية

Liste II

لائحة II



Soyez très prudent

Ne pas conduire sans l'avis d'un professionnel de santé

إحذروا جيداً
لا ينبغي القيادة دون استشارة أخصائي الصحة

LOT D564733AJ.5

UT AV 08 2025

PPV 111.00 DH

HP 8797

Respecter les doses prescrites

احترام الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance

يصرف موجب وصفة طبية

Liste II

لائحة II



Soyez très prudent

Ne pas conduire sans l'avis d'un professionnel de santé

إحذروا جيداً
لا ينبغي القيادة دون استشارة أخصائي الصحة

LOT D564733AJ.5

UT AV 08 2025

PPV 111.00 DH

HP 8797

Respecter les doses prescrites

احترام الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance

يصرف موجب وصفة طبية

Liste II

لائحة II

Soyez très prudent

Ne pas conduire sans l'avis d'un professionnel

de santé

إحذروا جيداً

لا ينبغي القيادة دون استشارة أخصائي الصحة

LOT D564733AJ.5

UT AV 08 2025

PPV 111.00 DH

HP 8797

Respecter les doses prescrites

احترام الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance

يصرف موجب وصفة طبية

Liste II

لائحة II

Soyez très prudent

Ne pas conduire sans l'avis d'un professionnel

de santé

إحذروا جيداً

لا ينبغي القيادة دون استشارة أخصائي الصحة

LOT D564733AJ.5

UT AV 08 2025

PPV 111.00 DH

HP 8797