

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.

Biologie 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.

Educations :

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.

Prothèses :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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

Déclaration : contact@mupras.com
Mise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 0048043

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6802 Société : R.A.M. Retraite
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MOUTAKI Abdallah
Date de naissance : 01/01/1947
Adresse : JAMILA 5 Rue 113 N° 32 - Cité Djazoua
CASABLANCA
Tél. : 0664583462 Total des frais engagés : 633,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : FHOUME BAHRIA Age : 1949
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : DM2 + HTA + Dyslipidémie
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 : CASABLANCA

Le : 22/04/2020

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
	03/06/16	633,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

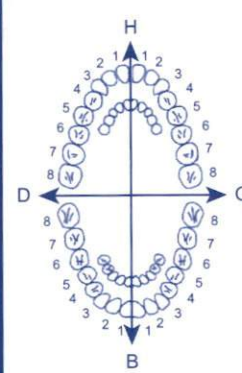
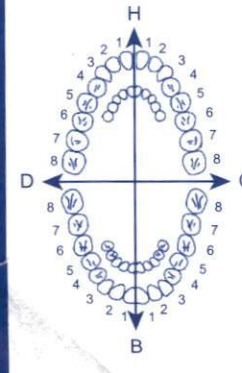
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 00000000 35533411 B </div> <div> 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E



PHARMACIE OUED ZEM

69 BD OUED ZEM QUARTIER JAWADI 20450

Docteur en pharmacie

R.C :208720

Patente:37309160

T.V.A :49527790

C.N.S.S:2007723

Banque:19078021211570912000603

Tél :0522385936

Le 18/03/2020

FACTURE N°193780

N° ICE : 001663665000096

N° IF : 49527790

MME FHOUME BAHRIA

me 6802

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
2	AMEP CO 5MG 56U	97,70	0,00	97,70	195,40		195,40	12,78	7,00
2	DIAMICRON CO 60MG 60U LM	78,70	0,00	78,70	157,40		157,40		
3	KARDEGIC ST 160MG AD	35,70	0,00	35,70	107,10		107,10	7,01	7,00
3	LD-NOR 10MG BT 30 CP	57,80	0,00	57,80	173,40		173,40		

LOT 190539
EXP 03/2022
PPV 97.70DH

LOT 190540
EXP 03/2022
PPV 97.70DH

LD-NOR

191895

UT AV:

DIAMICRON 60g
78,70
242600060-02

UT AV:

78,70

242600060-02

LOT : 19E007
PER.: 04 2021

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

LOT : 20E009
PER.: 07 2021

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

LOT : 20E008
PER.: 07 2021

LOT : 200177
UT AV: 01/2023
PPV: 57,80 DH

LOT N°



BRUT TTC 633,30 - Remise 0,00 = NET TTC 633,30

Nombre d'Articles : 4

TVA 7% Base :

282,71

Montant :

19,79

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :
Six Cent Trente Trois Dirhams et 30 centimes.

☒ valable 3 mois

nb 6802

Le 18.../12.../2013

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : DR Samira GUASMIATE

Certifie que Mlle, Mme, M. : FLORENCE BAHRIA épouse MOUTARI

Présente DNID, HTA, Dyslipidémie, Déficit en vit D.

Nécessitant un traitement d'une durée de : trois ans
Amp 500, Diamorlong, Kardexia, LD Norlong.
NB: nécessite un traitement à vie

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. Samira GUASMIATE
Médecin Généraliste
C. U. d'Échographie Générale
Famille S. R. 02 59 75 70
C. A. S. A. 11 11 11 11 11 11
Tél. 02 59 75 70 = 068 35 68 88