

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.

Education :

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.

Prothèse :

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

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

26741
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 413 N° 32 - Cité Djemaa

PASARIAKA.

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 : INID + HTN + Hypertension

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 22/04/2020

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

Décret du Pharmacien ou du Fournisseur	
EXECUTION DES DROITS	
Date	Signature
REMARQUE	

Montant de la Facture

63333

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la professio

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:190780212111570912000603
Tél :0522385936

Le 18/03/2020

FACTURE N°193780

N° ICE : 001663665000096

N° IF : 49527790

MME FHOUME BAHRIA

Mme 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		

LD - NOR

LOT 190539
EXP 03/2022
PPV 97.70DH

LOT 190540
EXP 03/2022
PPV 97.70DH

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V :35DH70

6 118001 081189
PER.:04/2021
LOT:190539

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V :35DH70

6 118001 081189 PER.:07 2021
LOT : 20E008

DIAMICRON 60 mg
78,70 242600060-02

78,70

242600060-02



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 : 19,79	Montant
-----------------------	----------------------	-----------------	----------------------	---------

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

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

DR Samira GUASMIA

Certifie que Mlle, Mme, M. : Elouen BAMRIA épouse Houari

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

Nécessitant un traitement d'une durée de : trois mois

Anap 500, Diamicron 600, Rondipine, LD Norteng.

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 GUASMIA
Médecin Généraliste
C. U. d'Echographie Générale
12000 Casablanca
Tél. 028 591570 = 066 35 69 87