

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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

aire :

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.

lie 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

Reclamation : contact@mupras.com

Service 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 de leurs données personnelles.

S : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº P19- 0041826

ND:30590

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0622 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 066034639

Total des frais engagés : 10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age : _____

Lui-même

Conjoint

Enfant

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
	27/06/20	68,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

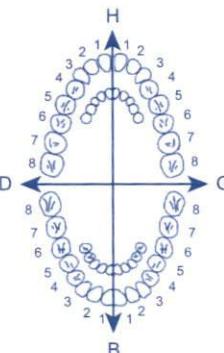
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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 l'ordre dentaire.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G	00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

Facture N° 20200627-144

Date de vente : 27/06/2020
Médecin traitant :

ZAKI AMINA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
METFORMINE WIN CO 850MG B30 COMP	4	17,10	Exonéré (0.00%)	68,40

Total HT	68,40 DHS
TVA	0 DHS
Total	68,40 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : soixante-huit DHS et quarante centimes

Tel: 052264212
Gauthier - DHS
27 Rue Mousa
Pharmacie

6 118000 062134



CP PELL B30
METFORMINE WIN 850MG



الدواء / الدواء على وصفة طبية / Liste
Uniquement sur prescription médicale / Liste

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

MATIN / نهاراً	●	REPAS / عند الوجبات
SOIR / ليلياً	●	
MIDI / ظهيراً	●	
	●	

POSOLOGIE / الجرعة - HORAIRES / الموقت

17/10



6 118000 062134



CP PELL B30
METFORMINE WIN 850MG



الدواء / الدواء على وصفة طبية / Liste
Uniquement sur prescription médicale / Liste

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

MATIN / نهاراً	●	REpas / أكلات
SOIR / ليلياً	●	
MIDI / ظهراً	●	
POSLOGIE / الجرعة - HORAIRES / الموقت		

17/10



6 118000 062134



CP PELL B30
METFORMINE WIN 850MG



الدواء / الدواء على وصفة طبية / Liste
Uniquement sur prescription médicale / Liste

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

MATIN / نهاراً	●	REPAS / عند الوجبات
SOIR / ليلياً	●	
MIDI / ظهيراً	●	
	●	

POSOLOGIE / مقدار - HORAIRES / مواعيد

17,10



6 118000 062134



CP PELL B30
METFORMINE WIN 850MG



الدواء / الدواء على وصفة طبية / Liste
Uniquement sur prescription médicale / Liste

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

MATIN / نهاراً	●	REpas / أكلات
MIDI / ظهراً	●	SOIR / ليلياً
MATIN / نهاراً	●	MIDI / ظهراً
MATIN / نهاراً	●	SOIR / ليلياً

POSOLOGIE / مقدار - HORAIRES / مواعيد

17/10

