

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 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 joints 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 tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° W19-421085

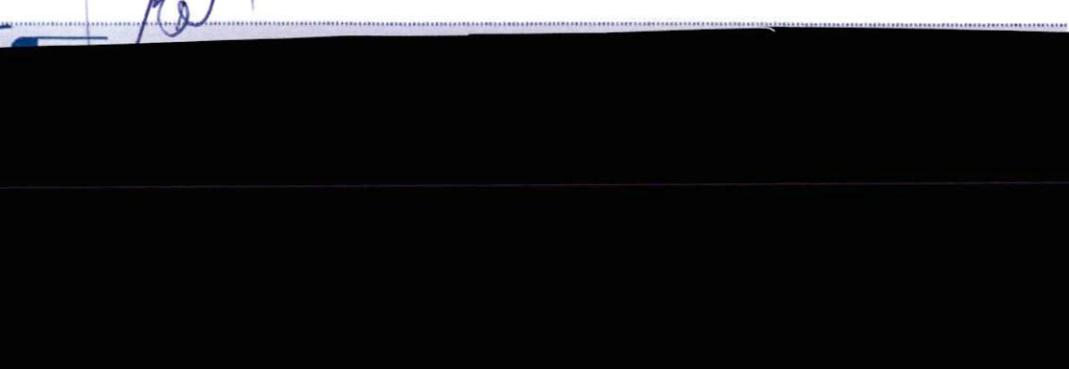
33806

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2459	Société : RETRAITÉ		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL ou JAH <i>Mohamed</i>
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0699771626	Total des frais engagés : 42,85 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 21 JUL 2020			
Date de consultation : 1			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant ACHAT LIBNE			
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 : **1** Le : **1** Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA DECOUVERTE Lot. Al Moustakbal Lot. N° 7 Rue 1029, Sidi Radouan Casablanca 07 32 23 - Fax : 0522 97 57 46	07/07/20 20	4282

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	IN														
				PPV: 22DH20 PER: 01/22 LOT: J035														
				COD DES MONTA DES SOIN DEBUT D'EXECUTION														
				DOLIPRANE® Paracétamol 400 mg Phosphate de codéine 20 mg 16 COMPRIMES SÉCABLES 6 118000 040217														
				FIN D'														
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFI DES TR MONTANTS
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
G																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DOLIPRANE® 500 mg PARACÉTAMOL 20 COMPRIMES SÉCABLES 6 118000 040347														
				PPV: 10DH30 PER: 02/23 LOT: J436														
				FIN D'														
				DOLIPRANE® PARACÉTAMOL 20 COMPRIMES SÉCABLES 6 118000 040347														
				DATE DE L'EXECU														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE DE LA DECOUVERTE
LOTIS AL MOUSTAKBAL Lot N°7 SIDI MAAROUF

Docteur en pharmacie
UNIVERSITE DE LIEGE
BELGIQUE

R.C :325695 Patente:36167275
T.V.A :15250952 C.N.S.S:6181242
Banque:BMCI 0137800110401384100187
Tél :0522973223

Le 07/07/2020

FACTURE N°855043

N° ICE : 001687646000084

N° IF : 15250952

ELOUJANI MOHAMED

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	CODOLIPRANE 16 CPS	22,20	22,20	1,45	7,00
2	DOLIPRANE 500 MG 20 CPS	10,30	20,60	1,35	7,00

PHARMACIE DE LA DECOUVERTE
Lot. Al Moustakbal N° 7
Route 1029, Sidi Maarouf
Tunisie - 1029
Tél. : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46

TOTAL T.T.C : 42,80

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	2,80	TVA 20% Base :	Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :

Quarante Deux Dirhams et 80 centimes.