

ECOMMANDEMENTS IMPORTANTS A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ons générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

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.

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.

acie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ducation :

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.

ntaire :

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.

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



Déclaration de Maladie

Nº P19-0031099

ND: 34156

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 580

Société : R.R.A.

Actif

Pensionné(e)

Autre : 14211

Nom & Prénom : HAFID Bouchairi

Date de naissance : 21.1.1941

Adresse : La Bellavista 143 Casab

Tél. : 06.28.86.05.29

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11.1.1948

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Le : / /

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
22.56.2022	10.20.50	54
25.06.2022	335,20	54

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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 canalaire, ainsi que le bila

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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie TASSNIME - Casablanca

Tayeb Mariam



Facture N° 20200615-740

Date de vente : 15/06/2020

Médecin traitant :

Iahrar fatima

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
PREZAR CO 50MG B30 COMP SECA	4	84,80	Exonéré (0.00%)	339,20

Total HT	339,20 DHS
TVA	0 DHS
Total	339,20 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : trois cent trente-neuf DHS et vingt centimes



PPV 84DH80
PER 01/23
LOT J330-2

84,80

PPV 84DH80
PER 07/22
LOT 11652

84,80

PPV:84DH80
PER:10/21
LOT:H2248

6 118001 071340
DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Colyre en solution, 2,5 ml
Sothema Bouskoura
A.M.M. N° 281 DMP/21/NCF Remboursable AMO
PPV : 255,00 DH 407391

6 118001 071340
DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Colyre en solution, 2,5 ml
Sothema Bouskoura
A.M.M. N° 281 DMP/21/NCF Remboursable AMO
PPV : 255,00 DH 407391

6 118001 071340
DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Colyre en solution, 2,5 ml
Sothema Bouskoura
A.M.M. N° 281 DMP/21/NCF Remboursable AMO
PPV : 255,00 DH 407391

Pharmacie TASSNIME - Casablanca

Tayeb Mariam



Facture N° 20200615-795

Date de vente : 15/06/2020
Médecin traitant :

Iahrar fatima

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
DUOTRAV CL 40/5µG/MG COLLYRE 2.5ML	4	255,00	TVA (7.00%)	1 020,00

Total HT	953,27 DHS
TVA	66,73 DHS
Total	1 020,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : mille vingt DHS

PHARMACIE TASSNIME
Casablanca - Maroc
Tél. 022 58 41 72
Fax 022 58 41 72