

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Recommandations 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.

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.

Maladie chronique :

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

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° P19-0031099

ND 34156

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 580 Société : R.R.A.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 1421

Nom & Prénom : H. R. R. Boucharil

Date de naissance : 01/11/1948

Adresse : La Bellevue 143 Casablanca

Tél. : 06 28 86 05 29 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1/11/1948

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

P. Boucharil



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

15.06.2020 1020,50 DH
15.06.2020 339,20 DH

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Pharmacie TASSNIME - Casablanca

Tayeb Mariam



Facture N° 20200615-740

Date de vente : 15/06/2020

Médecin traitant :

lahrar 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

صيدلية تاسنيم
Pharmacie TASSNIME
Al Moustaqbal - 938 Maarouf
Casablanca - Tel: 05 22 58 41 72

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
Collyre 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
Collyre 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
Collyre 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 :

lahrar 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 - Tél: 05 22 58 41 72
Al Housseini - Tayeb Mariam

ICE : 001943480000033