

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-580385

45941

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2288 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LEMAITZ NOUREDDINE

Date de naissance : 10/08/1953

Adresse : 336 Bd EL FIDA CASABLANCA

Tél. : 0665 60 0068 Total des frais engagés : 1236 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

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) :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/10/2020	1234,00 DHS

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

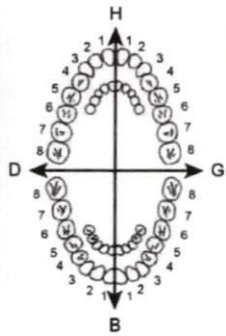
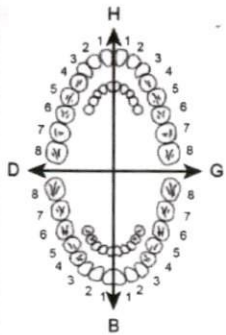
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



M^r: Lemai Zi Noumane

Rabat, le : 20-10-2020.

617,00 x 02

- Lichnomel

PERIOLIMEL N4E
Emulsion et solution pour perfusion
Pache de 2 litres
6118001 251780
Distribué par AFRIC - PHAR
PPV: 617DH00

PERIOLIMEL N4E
Emulsion et solution pour perfusion
Pache de 2 litres
6118001 251780
Distribué par AFRIC - PHAR
PPV: 617DH00

صيدلية غوني
PHARMACIE PHAOUTI
École de l'hôpital Cheikh Zaid
Madinat Al Irhane - Rabat
Av Allal Fassi 37 23 24 - Fax: 06 37 77 55 88
Tél. 05 37 77 23 24 - INPE 102061942

IR Benazzouz

صيدلية غوني
PHARMACIE PHAOUTI
École de l'hôpital Cheikh Zaid
Madinat Al Irhane - Rabat
Av Allal Fassi 37 23 24 - Fax: 06 37 77 55 88
Tél. 05 37 77 23 24 - INPE 102061942

Dr. BENAZZOUZ Mustapha
Professeur en Hépatogastroentérologie
36, Av. Cellah Appt. N°4, Hassan - Rabat



ملتقى شارع النخيل والطريق الدائري S، حي الرياض - الرباط

Angle Avenue Nakhil et Rocade S, Hay Riad - Rabat

Tél: +212 537 542 000 - Fax: +212 5 37 56 46 47 - Email: contact@pira.ma

Site web: www.pira.ma

Pharmacie Rhaouti

DR Rhaouti Mohamed Laghdef

0537772324/0661900039

AVENUE ALLAL EL FASSI A COTE DE L'HOPITAL CHEIKH ZAID, Rabat



Facture N° 20201021-295

Date de vente : 20/10/2020
Médecin traitant :

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
PERIOLIMEL N4E POCHE DE 2000ML MV	2	617,00	TVA (7.00%)	1 234,00

Total HT	1 153,27 DHS
TVA	80,73 DHS
Total	1 234,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : mille deux cent trente-quatre
DHS

صيدلية غوتي
④ PHARMACIE RHAOUTI
Av. Allal Fassi à côté de l'hôpital Cheikh Zaid
Madinat Al Irana - Rabat
Tél.: 05 37 77 23 24 - Fax: 05 37 77 55 88
INPE: 102061942

IF : 3369073 RC : 102243 ICE : 000220719000073

Tel : 0537772324/0661900039

Adresse : AVENUE ALLAL EL FASSI A COTE DE L'HOPITAL CHEIKH ZAID, Rabat