

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W19-493658

55255

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 612	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	C 4004 M 1117
Nom & Prénom : C 4004 M 1117			
Date de naissance : 21/3/66			
Adresse : 05 DE 420124 C 1 L			
Tél. 0661 199696 Total des frais engagés : 10000 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 14 JAN. 2021			
Nom et prénom du malade : 14 JAN. 2021 Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : Casablanca			
Signature de l'adhérent(e) :			

Le : 14 JAN. 2021



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant des Honoraires	Cachet et signature du Médecin avant le Paiement des Actes
.....	INP.
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MASSIO C.I.L. Dr. Sonia ABBUMEROUFI N°22, Lotissement du Siège Hay Essalam, C.I.L - Casa Tél : 0522 39 88 73	16/11/2020	93,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

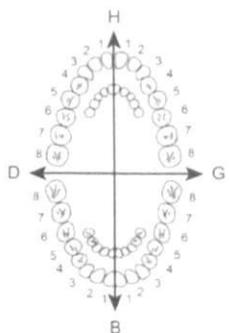
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
.....
.....
.....
.....

AUXILIAIRES MEDICAUX

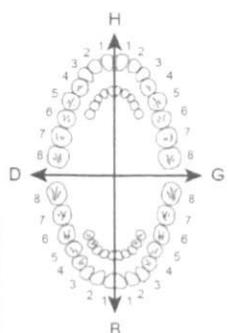
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....
.....
.....
.....

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	35533411
B	11433553	

[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

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



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
Uniquement sur ordonnance
Prix... DHS... Date... 2021... U... P...
Prendre de préférence au début
des repas. P... Jours. Jours.
Lire attentivement la notice avant de
prendre la première dose.

Facture N° 20Date de vente : **AUGMENTIN 1G B12 SACHET**
Médecin traitant :**MME AMINA CHORAIFI**

Maroc

Produit	Qte.	P.U	TVA	Total
AUGMENTIN ST 1G B12 SACHET	1	126,30	TVA (7.00%)	126,30



Total HT	118,04 DHS
TVA	8,26 DHS
Total	126,30 DHS

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

Pharmacie MASJID C.I.L. - Casablanca

BOUMAROUANE

8873



Facture N° 20210109-900

Date de vente : 16/11/2020
Médecin traitant :

MME AMINA CHORAIFI

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
DOLIPRANE CO 1000MG B10 COMP	1	14,00	TVA (7.00%)	14,00
AZIX CO 500MG B3 COMP SECA	1	79,70	TVA (7.00%)	79,70

PHARMACIE MASJID C.I.L.
Dr. Sonia Aboumarouane
N°22, Lotissement du Stade
Hay Essalam, Casablanca
Tel : 0522 38 88 73

Total HT	87,57 DHS
TVA	6,13 DHS
Total	93,70 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : quatre-vingt-treize DHS et soixante-dix centimes

AZIX®

Azithromycine

500 mg

RESPECTER LES DOSES PREScrites

NE PAS DONNER A L'APORTE DES ENFANTS.



3 Comprimés
sécables

bottu
s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

AZIX®

Azithromycine

500 mg

voie orale

PPV: 79DH70

PER: 10/23

LOT: J2863



