

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3692 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

chouki M'hamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : EL KHADIRI FATIMA Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : /

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :



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
APRIL 2007 LE PHARMACIEN DU GOUVERNEMENT DU CANADA	09.11.22	1618,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

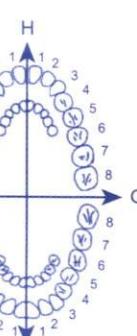
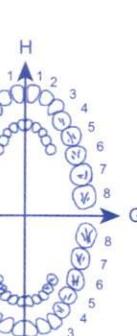
AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ODE.

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 B 21433552 00000000 11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

LA PHARMACIE REGIONALE

DEROUA

FACTURE

Pour Mr : EL Khadri Fatima
 Facture N° : 124957

Date : 9-11-22

Art	Designation	Quantité	Prix Unitaire	Montant
1 -	Jenuvia	4	393.00	1572.00
2 -	Tardyferon 80mg	1	40.5	40.50

LA PHARMACIE REGIONALE
 imm. 94, lot NAIT N° 4 - DEROUA
 Tél: 05 22 51 47 07 • N° du Registre du Commerce 19700 Tribunal de Berri
 • N° de la Taxe Professionnelle : 55840311 • N° d'Identification Fiscale : 152048858 • N° d'Affiliation à la CNSS : 434922

INPE : 06 20 74 810

= DANGER
 Ne pas utiliser chez la femme enceinte,
 sauf en l'absence d'alternative
 thérapeutique
 P.P.V: 393,00 DH.
 Distribué par MSD MAROC.
 AMM N° : 121/14/DMP/21/NRQ

= DANGER
 Ne pas utiliser chez la femme enceinte,
 sauf en l'absence d'alternative
 thérapeutique
 P.P.V: 393,00 DH.
 Distribué par MSD MAROC.
 AMM N° : 121/14/DMP/21/NRQ

= DANGER
 Ne pas utiliser chez la femme enceinte,
 sauf en l'absence d'alternative
 thérapeutique
 P.P.V: 393,00 DH.
 Distribué par MSD MAROC.
 AMM N° : 121/14/DMP/21/NRQ

JANUVIA® 100 mg
 Boîte de 28 Comprimés pelliculés
 Distribué par MSD Maroc
 P.P.V : 393,00 DH

6 118001 160457

JANUVIA® 100 mg
 Boîte de 28 Comprimés pelliculés
 Distribué par MSD Maroc
 P.P.V : 393,00 DH

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
 30 comprimés pelliculés
 Distribué par COOPER PHARMA
 41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
 Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334

PPV : 40.50 DH

Montant	<u>1612.50</u>
T.V.A	<u>111</u>
TOTAL T.T.C	

Arrête la présente facture à la somme de :