

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.

M22- 0052371

147315

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1281 Société : Retraite

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENOUHOU DABED EL AÏSS

Date de naissance : 07/03/1943

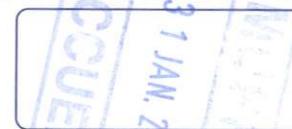
Adresse :

0645114940

Tél. : Total des frais engagés : 1921.10 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 :

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 31/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : 1173

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
<i>INPE: 092037647</i>	<i>23/6/2023</i>	<i>192,10</i>

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
<img alt="Diagram of the dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 in both upper and lower arches. A coordinate system is overlaid with 'H' at the top, 'G' to the right, 'D' to the left, and 'B' at the bottom. The diagram is used for O.D.F. (Orale Dentaire Fonctionnelle) coding."/				

PHARMACIE LA GIRONDE
GHARBAOUI GHATTAS MOUNA
PLACE KHAIBAR ANGLE BD LA GIRONDE RUE

Tél : 300619

Patente N°: 32607506
N° R.C. : 240608
Compte :
CNSS :
Id.Fiscale :
ICE : 001597776000022

Le : 23/01/2023

BENOUHOUD ABDELAZIZ



FACTURE : 3545 du : 23/01/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	DUOTRAV COLLYRE 2.5 ML	192.10	192.10	7.00%
	Total TTC		192.10	
	Droits de timbre		0.00	
	Net à payer		192.10	

Arrêtée la présente facture à la somme de : **CENT QUATRE-VINGT DOUZE DIRHAMS ET DIX CTS**

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7.00	179.53	12.57	192.10
		179.53	12.57	192.10

PHARMACIE DE LA GIRONDE
Mme Gharbaoui Ghattas Mouna
Place KHAIBAR
angle Bd de la Gironde et Rue Ifn
CASABLANCA
Tél 0522 30 06 1