

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

- Reclamation : 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.

Matricule : 7394

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BAGDAD KARIN

Date de naissance :

02/08/65

Adresse :

ME 3 VILLA 35 BBAB RAKLAH
EL OULF

Tél. :

066.130.66.62 Total des frais engagés :Dhs

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 M 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 : CPS ABUANA

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 |
|---|----------|-----------------------|
| ALI PHARMACIEN Rue d'Ifrane Hay Salam Casablanca 0522 366 13 05 Fax 0522 39 61 05 | 30/12/22 | 79,70 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

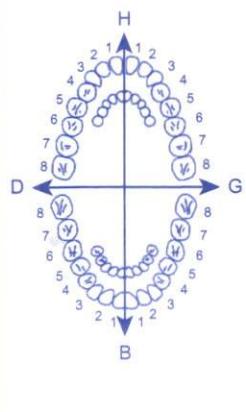
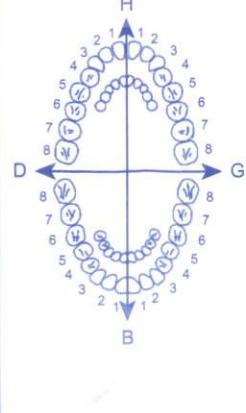
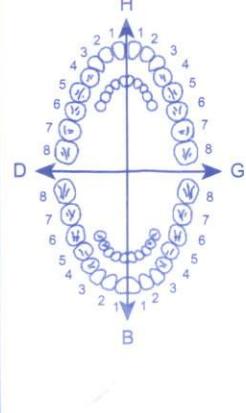
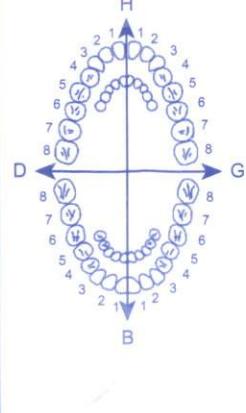
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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'ODT.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | CŒFFICIENT DES TRAVAUX | |
|--|---|----------------------------------|-------------|---|----------------------------------|
|  | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | MONTANTS DES SOINS | |
|  | H | 25533412 00000000 35533411 | G | | 21433552 00000000 11433553 |
| D | 00000000 | B | 00000000 | | |
| | 35533411 | | 11433553 | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | DATE DU DEVIS | |
|  | H | 25533412 00000000 35533411 | G | | 21433552 00000000 11433553 |
| D | 00000000 | B | 00000000 | | |
| | 35533411 | | 11433553 | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | |
|  | H | 25533412 00000000 35533411 | G | | 21433552 00000000 11433553 |
| D | 00000000 | B | 00000000 | | |
| | 35533411 | | 11433553 | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

** PHARMACIE ARAUCARIA **
DR TALI HICHAM
42, RUE IFRANE CIL

Tél : 0522361305

PPV 790 H70
PER 06/25
LOT L2209

30/12/2022



MR BAGDAD KARIM

FACTURE N° : 24012 du 30/12/2022

| Qté | Désignation | Prix PPV | Montant | TVA |
|-----------|-------------------------|----------|---------|-------|
| 1 | AZIX 500 MG B3 CP SCBLE | 79,70 | 79,70 | 7% |
| Total TTC | | | | 79,70 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :
SOIXANTE DIX NEUF DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

| | TAUX | HT | TVA | TTC |
|-------|------|-------|------|-------|
| 7.00% | 7,00 | 74,49 | 5,21 | 79,70 |
| | | 74,49 | 5,21 | 79,70 |

PHARMACIE ARAUCARIA
Hicham Tali Pharmaciens
12, Rue IFRANE Hay Salam C.I.L Casablanca
P. 0522 3613 05 Fax: 0522 39 61 05