

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.

N° W21-781406

AS6590

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8196 Société : NAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : IDBIHI

CATIFA

Date de naissance : 02/03/1966

Adresse :

Tél. : 2335

Total des frais engagés : 762,00 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : / Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : MALADIE CHRONIQUE CHOLESTÉROL

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/04/2023

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Pharmacien Distributeur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA DÉCOUVERTE	04/04/2013	762.00
Rue du 1er Novembre, B.P. 1029, Sidi Moustakbal, Le Caire, Egypte	04/04/2013	762.00
Tel: 03 322 97 32 23 - Fax: 00 20 2 322 97 32 23	03	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cochet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
7/7/16			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traite

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth (1 through 16) and 12 letters (A through P) marking specific tooth positions. The arch is oriented with a vertical axis (H) at the top, a horizontal axis (D-G) at the bottom, and a diagonal axis (P) pointing down and to the right. The teeth are arranged in a standard dental sequence, and the letters A through P are placed near specific teeth to indicate specific tooth positions.

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHÉ

NOLIP® 20 mg
30 comprimés
pelliculés

6 118000 07204

254.00

5012080

DES SUDS

NOLIP® 20 mg
30 comprimés

6 118000 0720

954100

501208c

MON
DES SOINS

NOLIP® 20 mg
30 comprimés

6 118000 07204

984.00

501208c



PHARMACIE DE LA DECOUVERTE

Docteur en pharmacie
UNIVERSITE DE LIEGE
BELGIQUE

R.C :325695 Patente:36167275
T.V.A :15250952 C.N.S.S:6181242
Banque:BMCI 0137800110401384100187
Tél :0522973223

Le 04/04/2023

FACTURE N°1034999

N° ICE : 001687646000084

N° IF : 15250952

IBIHI LATIFA

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	NOLIP 20 MG 30 CPS	254,00	762,00		

PHARMACIE DE LA DÉCOUVERTE SARL AU
Lot. Al Mousabib, Lot. N° 7
Route 1029, Sidi Jarrouf - Casablanca
Tél. : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46

TOTAL T.T.C : **762,00**

Nbr Articles TVA 7% Base : Montant : TVA 20% Base : Montant

*Arrêté la présente facture à la somme de :
Sept Cent Soixante Deux Dirhams.*