

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 à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8462 Société : LAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HATTI Mohamed

Date de naissance : 23/18/61

Adresse : H.

Tél. : 05 22 25 38 00

Total des frais engagés : 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 :

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

<p style="text-align: center;">Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</p>	
<p style="text-align: center;">Pharmacie RIAD AL ANDALOUSI EXECUTIVE</p>	
<p style="text-align: center;">17 Bis, Rue 19 Tél: 022-50.01.76 CASABLANCA 5-1</p>	

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie RIAD AL 1 Bis, Rue 19 1011: 022 50.07.10 SA BLANC	5-4-2023	95.40 DT

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE RIAD AL ANDALOUS

37 bis rue 19 andalous 5 polo

DOCTEUR EN PHARMACIE
IF 51310622

R.C :308828

T.V.A :

Tél :0522500176

Patente:34911394

C.N.S.S:6413140

Le 05/04/2023

FACTURE N°323691

N° ICE : 499950000064

HAITI MOHAMED

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	BIAFINE EMULSION	44,00	44,00	2,88	7,00
1	SPECTRUM 250 MG	51,40	51,40	3,36	7,00

Pharmacie RIAD AL ANDALOUS
17 Bis Rue 19 - ANDALOUS
Tel: 022 50 01 76
CASABLANCA

TOTAL T.T.C :

95,40

Nbr Articles	TVA 7% Base :	95,40	Montant :	6,24	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	--	---------

*Arrêté la présente facture à la somme de :
Quatre-vingt-quinze Dirhams et 40 centimes.*

51,40

250 مللي
عن طريق الفم

10 x 0

أقراص ملمسية



سيبروفلوكساسين
كتروم®


SPECTRUM + GROSSESSE = DANGER
سيبروفلوكساسين + الحفظ = خطير
Il est préférable d'éviter d'utiliser
SPECTRUM pendant la grossesse
يُنصح بتجنب استخدام سيفلوكساسين خلال الحمل

مساء
صبح
ردار ٣ مل

BIAFINE
بیافین

↑
Lot N°
نفعه الصنع رقم

↑
EXP:
انتهاء الصلاحية

3005 ٣٣٧

