

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M23-004917

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1119 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SATDO RO haevat.

Date de naissance : 15-11-45

Adresse :

Tél. : 0661214799 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : MI JUIN 2023

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : M ACCUEIL KH. HINN

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
	27/05/22	1881,90

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

FARMACIE DU CROISSANT
DUCHENTOUF NADIRA
3, SOUR JDID, CASABLANCA
Tél. 522220261

27/05/2023

MOHAMMED SAIDI

FACTURE N° : 15477 du 27/05/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	NATISPRAY AEROSOL	69,30	207,90	0%
3	BIONIME BANDLETTE/25	80,00	240,00	20%
3	TENORMINE 100MG 28CPS	58,70	176,10	0%
3	CARDIO ASPIRINE B30 CPRS	27,70	83,10	0%
3	TAHOR 10MG B28 CPS	79,00	237,00	0%
3	COTAREG 160/25MG BT 28	205,00	615,00	0%
3	STAGID 695MG / 100	107,60	322,80	0%
		Total TTC	1 881,90	
		Droits de Timbre	0,00	
		Net à Payer	1 881,90	

Arrêtée la présente facture à la somme de :
MILLE HUIT CENT QUATRE-VINGT UN DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	1 641,90	0,00	1 641,90
20.00%	20,00	200,00	40,00	240,00
		1 841,90	40,00	1 881,90

FARMACIE DU RUISSEAU
3, Bd. Sour Jdid - Casablanca
Tél : 05 22 22 02 61
I.C.E : 00 159 7948000034

CNSS :
Compte :

I.C.E : 001597948000034
Patente : 35204671

INPE:
R.C : 137490

I.F :

UT. AV.: 02 25 P.P.V
79 00

LOT N°: FW 7785

79,00

09366082/4

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28
P.P.V : 58DH70
6 118000 011590

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28
P.P.V : 58DH70
6 118000 011590

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28
P.P.V : 58DH70
6 118000 011590

6 118001 030132
COTAREG 160/25 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 205.00 DH

6 118001 030132
COTAREG 160/25 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 205.00 DH

6 118001 030132
COTAREG 160/25 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 205.00 DH

BIONINE
Blood Glucose Test Strip

2024-09-15
2122A0302
80.00

BIONINE
Blood Glucose Test Strip

2024-07-12
212272913
80.00

LOT 213492
EXP 01 2025
PPV 107.60



LOT 222569
EXP 08 2025
PPV 107.60

