

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2327	Société : RAM 167890
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : FALAH ABOUELYZZA	
Date de naissance : 01.03.53	
Adresse : 04, Rue oulad SAÏD Res. SOUHAÏL 3^e etage BOURGOGNE CASA	
Tél. : 06 63 22 70 62	Total des frais engagés : 455,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/ /		
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : **28/07/2023**

Le : **26/07/2023**

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
19 Bd Moulay Ismaïl CASABLANCA Fax 05 23 55 00 03 NPE : 092037266	26/12/22	455,30 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

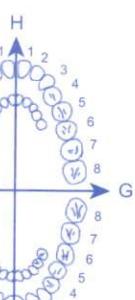
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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'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

	TRAVAIL DE DEVIS <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table> <p>H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; width: fit-content;"> <tr> <td style="width: 50px; padding: 2px;">25533412</td> <td style="width: 50px; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; padding: 2px;">00000000</td> <td style="width: 50px; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; padding: 2px;">00000000</td> <td style="width: 50px; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; padding: 2px;">35533411</td> <td style="width: 50px; padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> <p>D G</p> <p>B</p>									25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; width: fit-content;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table>				
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																						
<table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 100%;"></td> <td style="width: 50%; height: 100%;"></td> </tr> </table>																						
<p>DATE DU DEVIS</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; width: fit-content;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table>																						
<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; width: fit-content;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



PHARMACIE LA CORNICHE
319.BD MLY YOUSSEF ANG BD EL HANK CASA

MLD

R.C :1604

Patente:35400

T.V.A:

C.N.S.S:1774711

Tél :022 27 67 03

Le 26/12/2022

FACTURE N°703907

N° ICE : 001764675000078

MR FALAH ABOUELEZZA

N° IF : 40209660

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	SINTROM 4 MG 10 CPS	20,00	20,00		
1	ATENOR 100 MG/28 CPS	37,00	37,00	2,42	7,00
1	GLUCOPHAGE SIMPLE 500MG/50 CPS	20,80	20,80		
1	EXFORGE FCT 10/160 MG BT 28	273,00	273,00	17,86	7,00
1	LD-NOR 10MG B/30 CP	57,80	57,80	3,78	7,00
1	ZYLORIC 100 MG COMP	46,70	46,70	3,06	7,00



LOT : 220578
EXP : 04/2025
PPV : 57,80 DH

TOTAL T.T.C : **455,30**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	414,50	Montant :	27,12	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	--	---------

**Arrêté la présente facture à la somme de :
Quatre Cent Cinquante Cinq Dirhams et 30 centimes.**