

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4673 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAHRI Ali

Date de naissance : 08 02 1953

Adresse : BP. 4002 Derb Sepran à Fidq

clerb Z Sidna casablanca

Tél. : 0667 215936 Total des frais engagés : 172,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

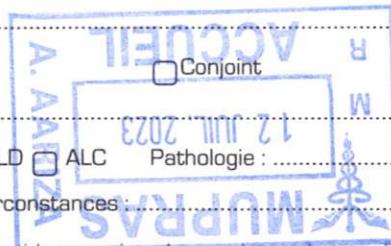


Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :



Affection longue durée ou chronique : ALD 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 : Casablanca Le : 12/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : Ali

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

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE NABE | 13.06.2012 | 172,80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

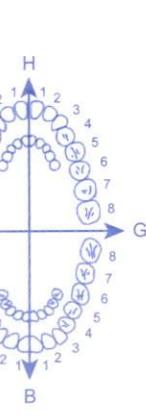
AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

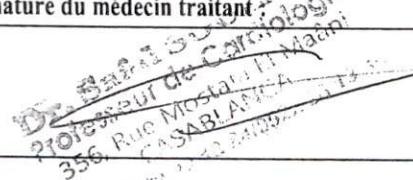
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|--|--|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | $ \begin{array}{c c} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $ | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit | |
|--|----------------------------------|
| Nom et prénom : | <i>BAHRA Ali</i> |
| Matricule : | N° CIN : |
| Adresse : | |
| Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | |
| Partie réservée au médecin traitant | |
| Je soussigne : | Spécialité : |
| N° ICE : <i>00 11 550 7600064</i> | N° INPE : <i>INP : 091130922</i> |
| Certifie que M ^{me} , M ^{me} , M. : <i>BAHRA Ali</i> | |
| Nécessitant un traitement d'une durée : <input checked="" type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie | |
| Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : | |
| <i>Maladie de l'œil que de 16 mois</i> <i>l'œil droit il collabore mais pas l'œil</i> <i>l'œil droit il voit en fin de compte</i> | |
| Dont ci-joint ordonnance : | |
| Traitement prescrit : <i>Non ordonnance</i> | |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables | |
| Fait à : <i>00</i> le <i>06/2023</i> | |
| Cachet et signature du médecin traitant | |
|  | |

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées



PHARMACIE NABILA

13 LOT GHIZLANE AN BD FOUARAT OULAD ZIAN

R.C :

Patente:31917074

T.V.A :

Tél : 0522 63 69 09

Le 05/07/2023

FACTURE N°83056

N° ICE :

BAHRA ALI

N° IF :

| Qté | Désignation | Prix Public de Vente PPV Unitaire | Total BRUT | Dont TVA | % Taux |
|-----|-------------------------|--------------------------------------|---------------|-------------|-----------|
| 1 | CARDENSIEL 2.5MG CO 30U | 50,70 | 50,70 | 3,32 | 7,00 |
| 1 | TRIATEC CO 5MG 30U GM | 122,10 | 122,10 | 7,99 | 7,00 |
| | | | | | |

122,10



6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
7882160246
PPV: 50,70 DHS

TOTAL T.T.C :

172,80

| | | | | | | | |
|--------------|---------------|--------|-----------|-------|----------------|--|---------|
| Nbr Articles | TVA 7% Base : | 172,80 | Montant : | 11,31 | TVA 20% Base : | | Montant |
|--------------|---------------|--------|-----------|-------|----------------|--|---------|

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cent Soixante-douze DIRHAMS et 80 centimes.

PHARMACIE NABILA
13 LOT GHIZLANE AN BD FOUARAT OULAD ZIAN
Tél : 0522 63 69 09
T.V.A : 7,00 %
Montant : 11,31 DHS