

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 des données à caractère personnel.

N° W21-811877

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10350**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL HANI ABD EL HAK

Date de naissance :

07-06-67

Adresse :

Tél : **066111163AA**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :



Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



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 : 
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARAJATI Dr Idrissi Zineb Alouarai N° 161 Ain Chok TAN 052-503233	24/07/22	56,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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 la nature des soins.

Important :

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



RUE

PPV: 14DH90
PER: 01/26
LOT: M246

AL IDAA
HOCK CASA

R.C : 402318

Patente: 34025201

T.V.A:

C.N.S.S: 9153181

Tél : 0522503233

Le 24/07/2023

FACTURE N°518497

N° ICE : 000439880000017

N° IF : 40494704

EL HANI ABDELHAK

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	MONTANT TTC	Dont TVA	% Taux
1	DOLIPRANE CO 500MG 20U	10,30	10,30	0,67	7,00
1	TRIMEDAT CO 150MG 20G	46,60	46,60	3,05	7,00

الإذاعة
PHARMACIE D'AR AL IDAA
Dr IDRISSI Zineb
Aley Al Ou ra HN° 161 Ain Choc
Tel 05 22 40 32 78

TOTAL T.T.C :

56,90

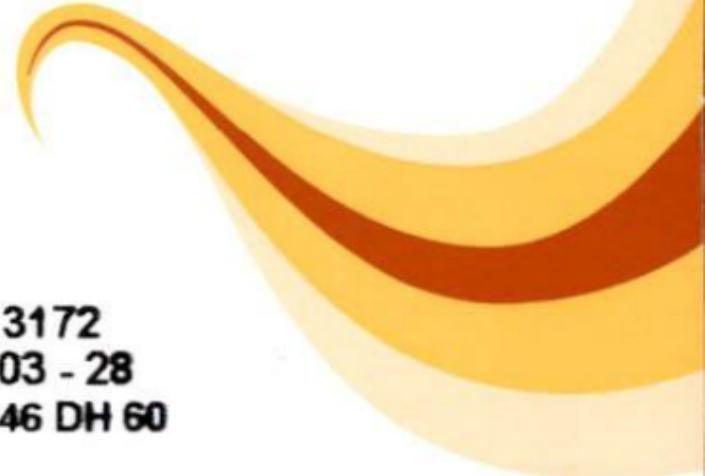
Nbr Articles	TVA 7% Base :	56,90	Montant : 3,72	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-------	----------------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinquante Six Dirhams et 90 centimes.

Trimedat®

150 mg

Trimébutine maléate



LOT : 3172
PER : 03 - 28
P.P.V : 46 DH 60

20 gélules

Voie orale

PHARMA 5