

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 : 580

Société : RTB

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAFID BOUAFIA

Date de naissance : 1974

Adresse : La Beldi VGS

S 1649

Tél. : 0629960529

Total des frais engagés : 3256 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LAHRIER FATHIA Age:

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 :

Date de l'adhérent(e) : 05/09/2013

Le : 05/09/2013

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

A circular blue ink stamp with a double-lined border. The outer ring contains the text "PHARMACIE DU COIN" at the top and "MAUBOURGUET" at the bottom, separated by a horizontal line. The inner circle contains the date "28/10/1925" at the top and "DU PHARMACIEN" at the bottom, also separated by a horizontal line. There is some faint, illegible text in the center of the stamp.

Date _____

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie DU COIN - Casablanca

Dr. Miftah

05 22 58 31 25

BD ZOULIKHA NASRI NR °10 SIDI MAAROUF CASABLANCA, CASABLANCA



Facture N° FAC-32837

Date : 05/09/2023

HRAR BOUCHAIB

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
CORDARONE CO 200MG B40 COMP	1	89,70	1	89,70
UPERIO CO 50MG B28 COMP PELLI	3	405,00	1	1 215,00
CARDENSIEL CO 5MG B30 COMP	3	58,10	1	174,30
REXABAN CO 20MG B56 COMP	2	649,00	1	1 298,00
JARDIANCE CO 10MG B30 COMP PELLI	1	479,00	1	479,00

Code de TVA	1	2	3
Taux	0%	7%	20%
Montant (DHS)	0	0	0

Total HT	3 256,00 DHS
TVA	0 DHS
Total Organisme	0 DHS
Total Client	3 256,00 DHS
Total	3 256,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : trois mille deux cent cinquante-six DHS



IF : 52481067 RC : 544485 ICE : 003081755000088

Tel : 05 22 58 31 25

Adresse : BD ZOULIKHA NASRI NR °10 SIDI MAAROUF CASABLANCA, CASABLANCA

6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés
BOTTI U.S.A.

PPV : 479 DH 00

313839-02

