

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 : 3482

Société : RPM 174966

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AJEL Abdelhamid

Date de naissance :

18-04-52

Adresse :

23 Rue Ibnou HABIB - CASA - Maroc

Tél. : 0661 311542

Total des frais engagés : 1312,35 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

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 : 11/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
	11/09/23	1312,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	
D	00000000 35533411	00000000 11433553	G	
B				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DEBUT D'EXECUTION
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	
D	00000000 35533411	00000000 11433553	G	
B				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				FIN D'EXECUTION
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	
D	00000000 35533411	00000000 11433553	G	
B				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



PHARMACIE MERCURE

Docteur Selma TAZI

Page :1

FACTURE

N° FACTURE :153280

Date : 11/09/2023

Client :

ADEL ABDELHAMID

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
FORXIGA 10MG	1	419.00	419.00
CARDIO ASPIRINE 30 COMPRIMES	1	27.70	27.70
SIMVACOL 40MG/28 COMP	1	73.40	73.40
JANUMET 50/1000 MG 56 COMP	1	437.00	437.00
INEXIUM 20 MG/14 COMP	1	82.10	82.10
EXFORGE 10/160 MG/28 COMP	1	273.00	273.00

Maphar
Bd Alkemia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 419,00 DH

Barcode: 9 118001 185023

QR code: 6 118001 020591

Product code: 6 118001 090280

Barcode: 6 118001 090280

Product code: 6 118001 03060 6

EXFORGE O 10mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 273,00 DH

Handwritten notes: 73 40

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Total TTC = 1312.20

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : MILLE TROIS CENT-DOUZE DHS 20 CTS

Bon rétablissement

ADRESSE: 2 RUE EL WOROUD TEL:0522274626

TP: 34207111 IF: 53574612 RC: 570891 CNSS: 1513648 ICE: 003216012000039 INPE: 092042365