

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.

M23-003903

175642

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 34821 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom : Abdelhauud

Date de naissance : 18-04-52

Adresse : 23, Rue Ibnou Habib - CASA - Maroc

Tél. : 0661 31 15 42

Total des frais engagés : 805,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL HAOUI Rabea 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 :

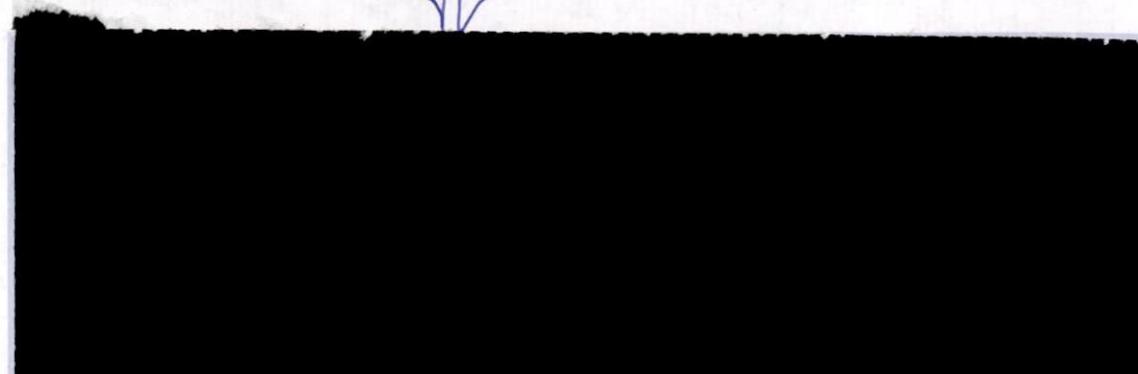
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 19/09/2023

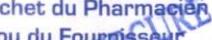
Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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
 Pharmacie MERCIER Rue Attoroud - Casablanca Tél: 0255 27 46 26	07/08/23	805,60

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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with upper and lower teeth. Each tooth is assigned a number from 1 to 8. The numbers are arranged as follows: Upper arch: 1 (center), 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; Lower arch: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. Overlaid on the teeth are various symbols representing orthodontic treatments: 'X' marks are placed on teeth 1, 3, 5, 7 of the upper arch, and 8, 7, 6, 5 of the lower arch; 'Y' marks are placed on teeth 2, 4, 6, 8 of the upper arch, and 4, 3, 2, 1 of the lower arch; 'W' marks are placed on teeth 1, 3, 5, 7 of the upper arch, and 8, 7, 6, 5 of the lower arch; and 'U' marks are placed on teeth 2, 4, 6, 8 of the upper arch, and 4, 3, 2, 1 of the lower arch. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a vertical arrow labeled 'H' points upwards, indicating the direction of orthodontic movement.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE MERCURE

Docteur Selma TAZI

FACTURE

N° FACTURE :154319
Date :07/08/2023

Client :

Désignation Produits		Quantité	P.V	Total	TVA%
BENCLAMID 5 MG/ 30 COMP		1	20.00	20.00	0
GALVUS MET 50/1000MG. 60COMP		1	390.00	390.00	0
EXFORGE 10/160 MG/28 COMP		1	273.00	273.00	0
CARDIO ASPIRINE 30 COMPRIMES		1	27.70	27.70	0
BENCLAMID 5MG / 60 COMP		1	36.20	36.20	0
TENORMINE 28 COMP		1	58.70	58.70	0


Pharmacie MERCURE
 2, Rue Al Wouroud
 T.F. : 02 26 626

 6118001030903 EXFORGE HCT 10mg/160mg/25mg 28 comprimés pelliculés PPV : 310.00 DH	 6 118001 031092 GALVUS MET® 50 mg/1000 mg Boîte de 60 comprimés pelliculés PPV : 390.00 DH
L 0 1 2 2 0 0 2 P E R 0 6 / 2 7 P P V 2 0 D H 0 0	L 0 1 2 2 0 0 2 P E R 0 6 / 2 7 P P V 3 6 D H 2 0

Taux	0%	7%	20%	
MT HT	805.60	0.00	0.00	
MT TVA	0.00	0.00	0.00	
Total HTVA				805.60
Total TVA				0.00
Total TTC				805.60

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : HUIT CENT-CINQ DHS 60 CTS

Bon rétablissement

ADRESSE: 2 RUE EL WOROUD TEL: 0522274626
ADRESSE: 2 RUE EL WOROUD TEL: 0522274626
ICF: 0002160120000020 INPF: 000000000000