

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W21-693682

pay
versant

184291

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 0903 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Mr Ben Abdellah Lahcen

Date de naissance :

5/11/1943

Adresse :

22, Rue Jaraâa n° 5 Agdal RABAT

Tél. :

0537 77 52 24

Total des frais engagés :

125.30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

11/11/2023

Nom et prénom du malade :

Ghaouech Ghizl 66 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Vaccin

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 :

Le : 11/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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 : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AZ-ZAHRA Dr. Bensouda Mohammed Oussama INPE : 102012978 7 Bis, Av. Oued Roman Hay Al Inbat Salé - Télécax : 05 37 80 71 00	11/11/19	125,30
	Pharmacie AZ-ZAHRA Dr. Bensouda Mohammed Oussama INPE : 102012978	

ANALYSES ET RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>										
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>										

PHARMACIE AZ-ZAHRA
7 BIS, AV.OUED ROMAN
HAY AL INBIAT -TABRIQUET- SALE
ICE:00161438000048 RC:10242
T:0537807100 PAT:29173950 IF3664460



Page 1

11/11/2023

F A C T U R E N° 553

CLIENT : MM GHIZLAN GHAZOULI

QTE	DESIGNATION	P P V	MONTANT	TVA
1	VACCIN VAXIGRIP	125.30	125.30	7.00
MONTANT FACTURE			125.30	

CODE TAXE	TAUX	MONTANT H.T.	MONTANT TAXE	MONTANT T.T.C.
2	7.00	117.10	8.20	125.30
TOTALS			8.20	125.30

Arrêtée la présente facture à la somme de :
CENT VINGT CINQ DIRHAMS 30 CTS

Pharmacie AZ-ZAHRA
Dr. Bensouda Mohammed Oussama
INPE 102012978
7 Bis, Av. Oued Roman, Hay Al Inbiat
Salé - Tél./Fax : 05 37 80 71 00