

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-724841

186113

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

552

Société :

Allal Ben Abdellah

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHOUAIBI Abdessamad

Date de naissance :

11/11/1938

Adresse :

302 Bd Saïd Bourguiba

Tél. :

0665181227

Total des frais engagés :

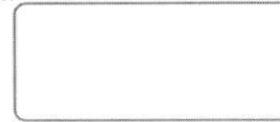
30000

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 :

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 12/12/2023

Le : 12/12/2023

à 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



Montant de la Facture

3241,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>
D.O.F PROTHESES DENTAIRES	<input type="text"/>
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	<input type="text"/>
H 25833412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553	G
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	<input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	<input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	<input type="text"/>

FA SARL AU

CIE PORTE D'ANFA

Bourgogne

BLANC

002312695000015

matente: 35653328

Facture N°: 677 136

Ref N°: 07/12/23/ 72

Client: Client Comptoir *

Libellé Produit	Forme	Qté	Prix unitaire	Total PPM
CARTEOL L.P 2% COLLYRE	CL	5	68,80	344,00
Total à Payer:				344,00

La présente facture est arrêtée à la somme de:

TROIS CENT QUARANTE QUATRE DIRHAMS###

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040
LOT/ K1154
FAB/ 09 - 2023
EXP/ 08 - 2025
PPV : 68.80 DHS
66670

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040
LOT/ K1154
FAB/ 09 - 2023
EXP/ 08 - 2025
PPV : 68.80 DHS
66670

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040
LOT/ K1154
FAB/ 09 - 2023
EXP/ 08 - 2025
PPV : 68.80 DHS
66670

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040
LOT/ K1154
FAB/ 09 - 2023
EXP/ 08 - 2025
PPV : 68.80 DHS
66670

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040
LOT/ K1154
FAB/ 09 - 2023
EXP/ 08 - 2025
PPV : 68.80 DHS
66670

Le : 08-décembre-2023

PHARMACIE PORTE D'ANFA SARL AU

Bouchra AMAR

197, Bd. Bourgogne - Casablanca

Tél.: 05 82 36 92 59 - RC : 447169

IF : 37734689 - ICE : 002312695000015

Carteo® L.P. 2%
Collyre à libération
prolongée