

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	1409	Société :	RAT
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	NOV 1996
Nom & Prénom :		MHAMDI MH	
Date de naissance :		01/01/1951	
Adresse :		5, RUE KADI TASS APP. N°6 NAARIT	
Tél. :		06 70 64 28 66 Total des frais engagés :	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age : 73

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 : OAGA

Le : 10/10/23

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE DE LA MOSQUEE 100, Rue de l'Abbaye, 75013 Paris DOCTEUR EN DENTISTE, Maitre Chirurgien DI NATALE	10/10/03	100% / 100% / 100% / 100%	75.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

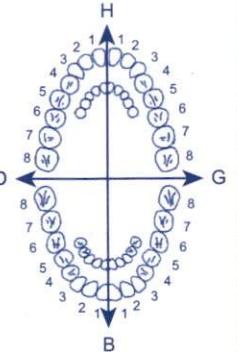
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

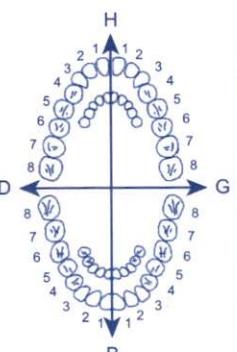
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <p>Coefficient des travaux</p> <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> <p>Montants des soins</p> <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> <p>Début d'exécution</p> <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> <p>Fin d'exécution</p> <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> <p>Coefficient des travaux</p> <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> <p>Montants des soins</p> <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> <p>Date du devis</p> <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> <p>Date de l'exécution</p> <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/> </div> </div>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 00000000	G	21433552 00000000
D	00000000	B	35533411 11433553
B			
 <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE DE LA MOSQUEE

76 , RUE DE L'ATLAS . MAARIF



R.C :416052

Patente:35712176

T.V.A :52360

C.N.S.S:9979587

Tél :05.22.98.42.73

Le 10/10/2023

FACTURE N°703064

N° ICE : 001647317000045

N° IF : 14485188

<CLIENT DE PASSAGE>

M Hamdi Mustapha.

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	BISPIRAZOLE CO 1.5MUI/250MG15U	75.50	75.50	4.94	7.00

PHARMACIE DE LA MOSQUEE
Dr. NABIL
Docteur en Pharmacie
16, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca
Tél: 05.22.98.42.73



PPV 75.50
PER 03/25
LOT M99

TOTAL T.T.C :

75.50

Nbr Articles	TVA 7% Base :	75.50	Montant : 4.94	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-------	----------------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Soixante-quinze Dirhams et 50 centimes.