

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1267 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHERIFI TATEB

188194

Date de naissance : 01.01.1950

Adresse :

Tél. : 0661250181 Total des frais engagés Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : CHERIFI TATEB Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Achats libres (HTO, HTA, Prostata, ...)

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 : casab

Le : 23/11/2023

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 Podémisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE CHIRGIC</i>	23/11/23	812,80 DHs
		INPE: 062107248

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

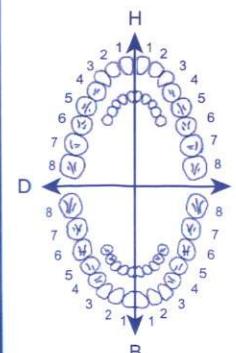
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

Le praticien est prié de préciser

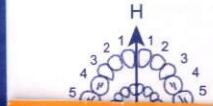
Important :
Veuillez joindre les radiographies en

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		



LOT : 05822005
PER : 01/12/23
PPV : 74,00 DH

SEPCEN® 500 mg
ciprofloxacin
10 comprimés pelliculés

6 118000 230182

14011124
6 118001 130184
NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79,90 DH

14010042
6 118001 130184
NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79,90 DH

14010042
6 118001 130184
NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79,90 DH

* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

LATANO JP 0,05%
Lot: 45213
Exp: 12.2.2024
PPV: 91,00 DHs

* PHARMACIE CHRAGUI **

R. HELZY

éI :

Patente N°: 55795016

N° R.C. : 21592

DR.CHRAGUI SAHEL BERRECHID

Id.Fiscale : 24831595

ICE : 002127982000011

Le : 23/11/2023

CHERIFI TAYEB

FACTURE : 78376 du : 03/11/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	EUCARBON.100 COMPS(GM)	91,00	91,00	7,00%
1	LATANO JP 0.005	98,20	98,20	7,00%
3	NATRIXAM 1.5MG/5MG	79,90	239,70	0,00%
3	NEBILET 5 MG 28 CP DISP	87,50	262,50	7,00%
1	SEPCEN 500MG COMPS.10	74,80	74,80	7,00%
1	XENID.COMPS 50MG.30	46,60	46,60	7,00%

Total TTC 812.80

Arrêtée la présente facture à la somme de : HUIT CENT DOUZE DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	239,70	0,00	239,70
7.00%	7,00	535,61	37,49	573,10
		775,31	37,49	812,80

PHARMACIE CHRAGUI
Dr. R. HELZY Micham
Chragui Sahel Old Hmz - Berrechid
Tel: 0679 64 07 49