

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M9 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SALDI MOHAMED

Date de naissance : 15-11-95 A90382

Adresse :

Tél. : 0661214299 Total des frais engagés : Dhs

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 : SALDI MOHAMED

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Pathologie

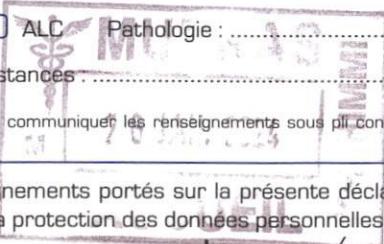
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : /

Signature de l'adhérent(e) : SAIDI MOHAMED



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/01/24	1087.00

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE DU CROISSANT
DR BOUCHENTOUF NADIRA
3, BD SOUR JIDID, CASABLANCA

22/01/2024

Tél : 0522220261

SAIDI MOHAMMED

FACTURE N° : 2709

du 22/01/2024

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	TENORMINE 100MG 28CPS	58,70	176,10	0%
2	COTAREG 160/25MG BT 28	205,00	410,00	0%
1	CONTIFLO 0.4MG/30 CPS	109,70	109,70	7%
2	STAGID 695MG / 100	107,60	215,20	0%
1	TAHOR 10MG B28 CPS	79,00	79,00	0%
1	NATISPRAY AEROSOL	69,30	69,30	0%
1	CARDIO ASPIRINE B30 CPRS	27,70	27,70	0%

Total TTC	1 087,00
Droits de Timbre	0,00
Net à Payer	1 087,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
MILLE QUATRE-VINGT SEPT DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	977,30	0,00	977,30
7.00%	7,00	102,52	7,18	109,70
		1 079,82	7,18	1 087,00

PHARMACIE DU CROISSANT
3, Bd Sour Jdid - Casablanca
Tél : 05 22 22 02 61
I.C.E : 001597948000034
Patente : 35204671
INPE : R.C : 137490

CNSS :
Compte :

I.C.E : 001597948000034
Patente : 35204671

INPE:
R.C : 137490

I.F :

EXP : 02 20 P.P.V

79,00

LOT N° : HA 455

79,00

P10023946



6 118001 040148
NATISPRAY 0,30mg
Solvation (18ml)
BOTTU S.A PPV: 69DH30

6 118001 030132
COTAREG 160/25 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 205,00 DH

6 118001 030132
COTAREG 160/25 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 205,00 DH

LOT : 23E001
CP PEL SEC B28
P.E.F.: 02 2026
P.P.V: 58DH70

6 118000 011590

⇒ x3 bed

Cardioaspirine 100 mg/30cpls
Acide acétylsalicylique

P.P.V : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280



LOT 230820
EXP 02 2026
PPV 107,60

Stagid® 700 mg
100 comprimés sécables

6 118000 021292

x2
bed