

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 : 2088

Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ZENASNI Mohammed

Date de naissance : 09/06/1944

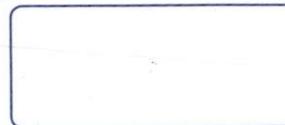
Adresse : 193 3d Ghandi CASABLANCA

Tél. : 0522250088

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 :

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
PHARMACIE HIBA Dr. Ahmed GHAFFY Hay Raha, Rue Bahafsaie Casablanca 51 Bis - Beausejour 0522 39 34 31 Tél: 0522 94 99 24 Fax: 0522 94 99 24	14/12/23	2380,00

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	

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000
35533411 11433553 B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

** PHARMACIE HIBA **

DR AHMED GHAFRY

HAY RAHA - RUE BANAFSAJE - 51 BIS - BEAUSÉ

Tel : 0522393431

Patente N°: N°34823690

N° R.C. : N°320434

Compte : 00778000037920000026984

CNSS : 6471833

Id.Fiscale : N°51112603

ICE : 001616420000064

Le : 14/12/2023

ZENASNI MOHAMMED

FACTURE N° : 368 du : 14/12/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
4	DOPEZIL 10MG BT 28 CP	469,00	1 876,00	7,00%
4	ESCIPLEX 10 MG BT 28 CP	126,00	504,00	7,00%
Total TTC			2380,00	

Arrêtée la présente facture à la somme de :DEUX MILLE TROIS CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS

	Taux	HT	TVA	TTC
7,00%	7,00	2 224,30	155,70	2 380,00
		2 224,30	155,70	2 380,00

LOT 232349 1
EXP 07 2025
PPV 126,00

LOT 232349 1
EXP 07 2025
PPV 126,00

LOT 232349 1
EXP 07 2025
PPV 126,00

LOT 232349 1
EXP 10 2025
PPV 126,00

Dr. Ahmed GHAFRY
PHARMACIE HIBA
51 Bis - Beauséjour - Casablanca
Tel: 0522 94 99 34 / 0522 39 34 37
Fax: 0522 94 99 34

DOPEZIL® RANBAXY 10 mg
Boite de 28 comprimés Pelliculés
Voie orale

6 118001 300136

DOPEZIL® RANBAXY 10 mg
Boite de 28 comprimés Pelliculés
Voie orale

6 118001 300136

DOPEZIL® RANBAXY 10 mg
Boite de 28 comprimés Pelliculés
Voie orale

6 118001 300136

DOPEZIL® RANBAXY 10 mg
Boite de 28 comprimés Pelliculés
Voie orale

6 118001 300136

Esciplex® 10 mg
Boite de 28 comprimés pelliculés
Sécables

AMM N° 130/21/NRQd/DMP/VHA/18

6 118000 022787

Esciplex® 10 mg
Boite de 28 comprimés pelliculés
Sécables

AMM N° 130/21/NRQd/DMP/VHA/18

6 118000 022787

Esciplex® 10 mg
Boite de 28 comprimés pelliculés
Sécables

AMM N° 130/21/NRQd/DMP/VHA/18

6 118000 022787

PPV: 469 DH 00 PPV: 469 DH 00

PPV: 469 DH 00

PPV: 469 DH 00