

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions génériques :

- Le cadre de l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre 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 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 :

- Toutes 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 Médecine :

- 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 | : pc@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° W21-791863

2583

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 532

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

RAF RETRAITÉ

Nom & Prénom : CHEPPANE

DATE DE NAISSANCE : 11/11/1938

Adresse : 302 Bd 25 Novembre

Tél. : 0665 161227

Total des frais engagés : 183,60 Dhs

Optique

Autres

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Age :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

RELEVÉ 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 :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur		Date	ANFA	Montant de la Facture
PHARMACIE PORTÉ D'AMAR		17/08/2013	183,60	
Bouchra AMAR		17/08/2013	CASU	
197 Bd. Bourgogne - Fasablanca		BA 10019	TOTAL	
Tél.: 05 22 36 92 99		TELE: 05 22 36 92 99	59 - RC : 447119	
IM: 37734689 - ICE: 002312		TELE: 002312	59 - RC : 447119	
ANALYSES - RADIOPHARIES				

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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, que le bilan

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISUE ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PORTE D'ANFA SARL AU
PHARMACIE PORTE D'ANFA
197 BD Bourgogne
CASABLANC
ICE002312695000015
Patente: 35653328

Facture N°: 685 419

Ref N°: 08/03/24/ 56

Client: Client Comptoir * *Bouchra AMAR ARME D'ALYANE*

Libellé Produit	Forme	Qté	Prix unitaire	Total PPM
XALATAN 0,005%	CL	2	91,80	183,60
Total à Payer:				183,60

La présente facture est arrêtée à la somme de:

CENT QUATRE VINGT TROIS DIRHAMS SOIXANTE CENTIMES###



Le : 09-mars-2024

PHARMACIE PORTE D'ANFA SARL AU
Bouchra AMAR
197, Bd. Bourgogne Casablanca
Tél.: 05 22 36 92 59 - RC : 447169
IF : 37734689 ICE : 00221260500001F