

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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
Cadre réservé à l'adhérent (e) 2798

Matricule : 2798 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHAKIB KAMAL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 45,20

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25 AOUT 2020

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : ACHAT

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli médical conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente d'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnel

Fait à : / Le : /

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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Mme MARYSE NANCY CHABAUD</i>	<i>(01/03)202</i>	<i>45.2</i>

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

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 prie de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature de					
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi					
 SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]	
COEFFICIENT DES TRAVAUX					
MONTANTS DES SOINS					
DEBUT D'EXECUTION					
FIN D'EXECUTION					
 O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
		35533411	11433553		
	B				
MONTANTS DES SOINS					
DATE DU DEVIS					
DATE DE L'EXECUTION					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN A

PHARMACIE CHAABI
DR KHADIJA CHAABI
114 RUE NOUHASS EL NAHOUI MAARIF CASA

Tél : 0522990922

Patente N°: 35707589
N° R.C. :
Compte :
CNSS :
Id.Fiscale :
ICE :
chakib-kamal

Le : 10/03/2020

FACTURE : 3616 du : 10/03/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	MYCOSTER CREME 30 G	45,20	45,20	7,00%
Total TTC			45.20	

Arrêtée la présente facture à la somme de : **QUARANTE CINQ DIRHAMS ET VINGT CTS**

LOT : MAR20
PER : 08/2020
MYCOSTER 1%
CREME T30G
P.P.V : 45DH20



	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	42,24	2,96	45,20
		42,24	2,96	45,20

Pharmacie CHAABI
Rue Nouhass El Nahou, Marrakech
Tel: 0522 99 09 22 - Casablanca
Mycoster 1% K
Lot : MAR20
Per : 08/2020