

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.

Pathologie 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.

Éducation :

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

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° P19- 055630

MLD en V/possession

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1625**

Société : **RAM 41106**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MIKOU Abdellah

Date de naissance :

01/01/47

Adresse :

52, Bd Abdellah Bontaeb

Résidence Salsabila CASABLANCA

Tél. : **06 42 77 86 08** Total des frais engagés : **3565,20** 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) : 

2 SEP 2020

Le : **21 SEP 2020**

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
	28/01/2020	3565,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

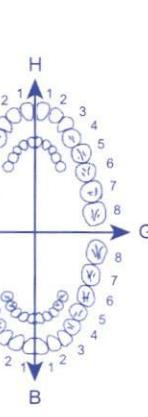
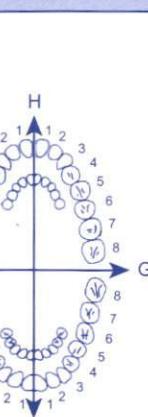
AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ D & \hline & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ B & \end{array} $			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie du C.I.L.

BENBRAHIM Touria

100, Boulevard Ibn Sina

Angle Bl Ghandi - Casablanca

Tél. : 05 22 36 18 68 / 05 22 94 0643

IGR : 40909030 - CNSS : 2107036

Patente : 35806319

RC : 218524 - ICE : 001660452000032

صيدلية سيال

بنبراهيم ثورية

100، شارع ابن سينا

زاوية شارع غاندي - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 94 06 43 / 05 22 36 18 68

الضريبة العامة على الدخل : 40909030

البيانات : 35806319

السجل التجاري : 218524 - ص.و.ض.ج : 2107036

FACTURE

N° 005089

Casablanca, le

28/08/2024

Mr Nihal Abdellah

Quantité	DESIGNATION	Prix U	TOTAL
1	Xarelto 15 mg	1326,00	1326,00
0,2	Uperio 200 mg	862,00	172,40
0,2	Lesilix 50 mg	34,60	69,20
0,1	Deltasert 50 mg	72,00	7,20
1	Trajetta 5 mg	324,00	324,00
			<u>3565,80</u>

XARELTO 15 mg

Rivaroxaban

42 cps

P.P.V. : 1326,00 DH

Bayer S.A.

6 118001 090785

DÉTENSIEL® 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 01788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

UPERIO® 200 mg

Comprimé pelliculé.

Boîte de 56.

PPV : 862 DH

6 118001 031733

UPERIO® 200 mg

Comprimé pelliculé.

Boîte de 56.

PPV : 862 DH

LASILIX 40 MG

20CP SEC

P.P.V. : 34DH60

6 118000 060468

LASILIX 40 MG

20CP SEC

P.P.V. : 34DH60

6 118000 060468

6 118001 040773

TRAJENTA® 5 mg

(Lingalptine)

8 comprimés pelliculés

BOTTU S.A. PPV : 374 DH 00

10010704/01

صيدلية سيال
Pharmacie C.I.L.
BENBRAHIM Touria
100, Boulevard Ibn Sina
Tél. : 05 22 36 18 68 - Casa

Améka lo présente la date à
la fin de trois mois à la fin de
soixante-cinq jours et trois mois.