

COMMANDEMENTS IMPORTANTES A LIRE POUR R LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

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'autorisation préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, interventions 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 :

Toutes les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Biologie 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'autorisation 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

Le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1360

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSSAFIR Ablouahab

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0670865561

Total des frais engagés : 43,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

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 service de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exécution des engagements 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) : 17/12/2020

Signature : 17/12/2020

Composition :

Biclotymol
Pholcodine
Maléate de chlorphénamine
Guïfénésine
Excipients q.s.p
Excipients à effet notoire
parahydroxybenzoate de mé-
saccharose.

Flacon de 200 ml

AMM N° : 271/98DMP/21

P.P.V. : 27.00 DH

EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
16/11/20	43,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	

(Création, remont, adjonction)

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES BONS

DATE DU
DEVIS

صيدلية الغفران

PHARMACIE GHOFRAÑE

الزنقة 2 الرقم 116 بلوك اس حي القدس سيدى البرنوصي - الهاتف : 022 73 26 31 - الدار البيضاء

Mme HRIOUA Laïla
Docteur en Pharmacie
Diplômée de la Faculté
de TOURS en France



السيدة أهريوة ليلى
دكتورة في الصيدلة
خريجة كلية تور بفرنسا

Choussafiz Abdennasser

Casa, le 16/11/2020

FACTURE N° 009298

DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
Hksofane Syp	1	27,00	
Sonfrane gtt	1	16,30	
?			
			43,30

La Présente Facture est Arrêtée a la somme de :

Signature

Cachet

PHARMACIE
Rue de la
Quartier