

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

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.

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement de données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2953 Société : Ram

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AMAL HOURY

Date de naissance :

26/12/1954

Adresse :

90 Résidence Ferjachas GH 22 2^e Etage N°7
Oulfa CASABLANCA

Tél. :

0670 532 83 2

Total des frais engagés : 65,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

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

Le : 25/12/2019

Signature de l'adhérent(e) : Houry

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature 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
<i>PHARMACIE JAHAL FIRDAOUS Centre Immobilier 37500 M'JEMMA 80 N° 1 Oulala Tél: 0522 93 30 25</i>	MM/11/19.	65.70.

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
		AM	PC	IM	IV	

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, ainsi que le bilan de l'

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			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553 11433553
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE JAMAI
ENSEMBLE AL FIRDAOUS GH15, ImmA80 OULFA

DOCTEUR EN PHARMACIE

R.C :355864
T.V.A :51507059

Patente:36017228
C.N.S.S:7169221

Tél . 022933025

Le 11/11/2019

FACTURE N°792382

N° ICE : 000500261000009

N° IF :

HOURY AMAL

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	RHINOFEbral B/20 GELULES	14,30	42,90	2,81	7,00
2	BENADRYL FL 125ML	11,40	22,80	1,49	7,00

*PHARMACIE JAMAI
Ensemble immobilier
AL FIRDAOUS
GH 15 Imm A 80 N° 1 Oulfa
Hay Hassani Casablanca
Tél: 0522 93 30 25*

TOTAL T.T.C :

65,70

Nbr Articles	TVA 7% Base :	65,70	Montant:	4,30	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-------	----------	------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :

Soixante Cinq Dirhams et 70 centimes.

756.836.12.17

LOT : 181518

UT AV : 09/2021

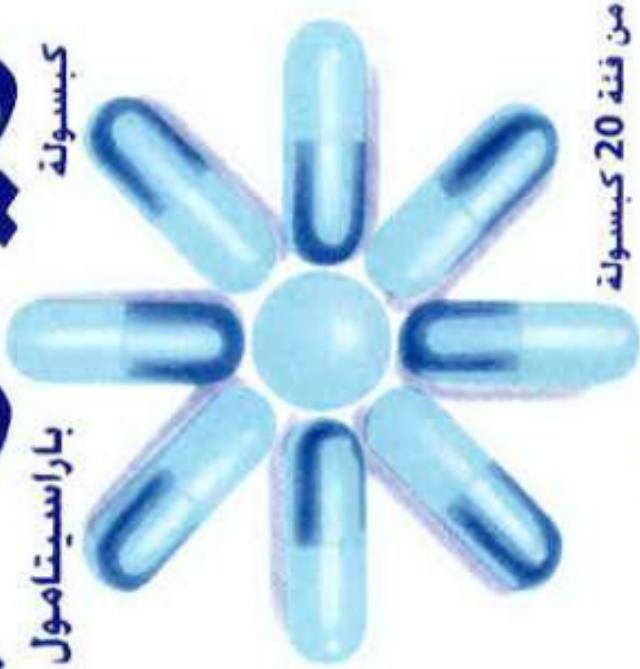
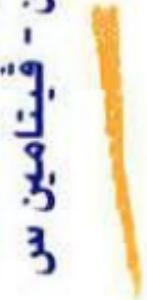
PPV : 14,30 DH

PPV (DH) : UT AV : LOT № :

رنفوبال

كبسولة

باراسيتامول - كلورفينامين - فيتامين سي

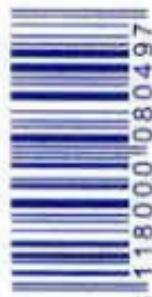


⊗

RHINOFEBRAL®

20 GELULES

Paracétamol 240 mg, Maléate de
chlорphénamine 3,20 mg
Acide ascorbique 100mg/gélule



6118000080497

علبة من فئة 20 كبسولة
الزكام مع ألم الرأس و / أو حمى

756.836.12.17

LOT : 181518

UT AV : 09/2021

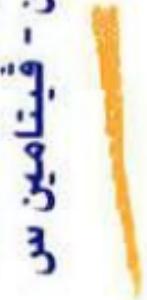
PPV : 14,30 DH

PPV (DH) : UT AV : LOT № :

رنفوبال

كبسولة

باراسيتامول - كلورفينامين - فيتامين سي



باراسيتامول - كلورفينامين - فيتامين سي



الزكام مع ألم الرأس و / أو حمى
علبة من فئة 20 كبسولة

RHINOFEBRAL®

20 GELULES

Paracétamol 240 mg, Maléate de
chlорphénamine 3,20 mg
Acide ascorbique 100mg/gélule



6118000080497

756.836.12.17

LOT : 181518

UT AV : 09/2021

PPV : 14,30 DH

PPV (DH) : UT AV : LOT № :

رنفوبال

كبسولة

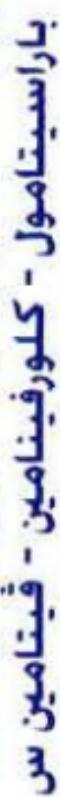
باراسيتامول - كلورفينامين - فيتامين سي

بالإنجليزية

Rhinofebral®

20 GELULES

Paracétamol 240 mg, Maléate de
chlорphénamine 3,20 mg
Acide ascorbique 100mg/gélule

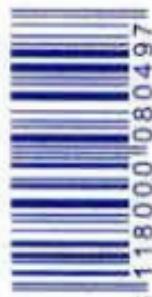


RHINOFEBRAL®

20 GELULES



Paracétamol 240 mg, Maléate de
chlорphénamine 3,20 mg
Acide ascorbique 100mg/gélule



6118000080497

الزكام مع ألم الرأس و / أو حمى
علبة من فئة 20 كبسولة

LOT:

PER:

PPV:

M,40

BENADRYL

LOT:

PER:

PPV:

M,40

BENADRYL