

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 canalaire, 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 canalaire.

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 caractére personnel.

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

MD - 16827

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 32A..... Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : BANAOUI MOUNIR

Date de naissance : 1942

Adresse : ASSET MAROCIA 1. TANDEM

Tél. : 06.64.50.19.15..... Total des frais engagés : 72,22 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Enfant

Age: 75 JAN. 2020

ACCUEIL

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 :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DENTALE DR. SALIM HALLAIS 170 Av. de l'Indépendance Tunisie 1000	10/11/2020	+ 70.70 f

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
		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 bilan de l'C

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	COEFFICIENT DES TRAVAUX	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS	
	H	G		
	25533412 00000000	21433552 00000000		
	D	B		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]	DATE DU DEVIS		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	DATE DE L'EXECUTION		MONTANTS DES SOINS	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE BAHIA
170 AVENUE IDRIS MASSIRA 1TEMARA

DIPLOMEE DE PARIS FRANCE
DU ORTHOPEDIE
DU DERMOCOSMETOLOGIE

R.C :56618 Patente:28227605
T.V.A : C.N.S.S:2953900
Banque:181 825 2121115312860006 38
Tél :037 60 52 10 0

Le 10/01/2020

FACTURE N°659844

N° ICE : 001628029000028

MR BAHADI

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	RINOMICINE SA	22,70	22,70	1,49	7,00
1	PROSPAN SP PM	30,00	30,00	1,96	7,00
1	DOLIACTI C 500 MG /150 EFF	18,00	18,00	1,18	7,00

TOTAL T.T.C :

70,70

Nbr Articles TVA 7% Base : 70,70 Montant : 4,63 TVA 20% Base : Montant

*Arrêté la présente facture à la somme de :
Soixante-dix Dirhams et /u centimes*

ابن سينا للتجزئة والتجزئيات

الكميات
10

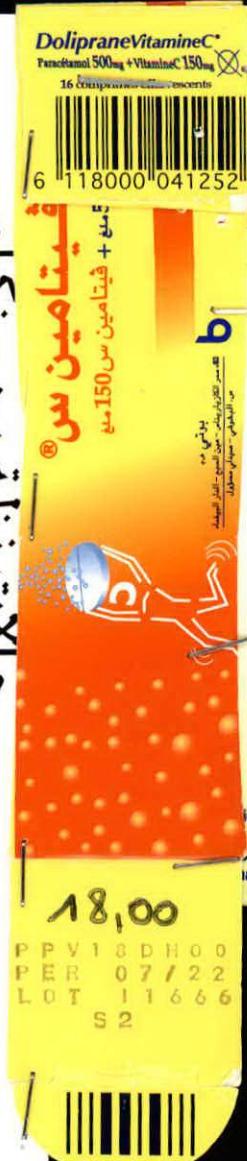
العنوان: شارع ابن سينا، الدار البيضاء، المغرب
الرقم: 10



22,70

Rinomicine® boîte de 10 sachets
6 118000 090762

تبييض - زكارة - جبنة - سيلان - حبوب
تبييض - زكارة - جبنة - سيلان - حبوب

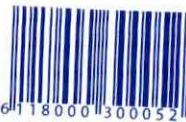


PROSPAN®

Sirup
Traitement de la toux

À conserver à une température inférieure
à 25°C et à l'abri de l'humidité.

ADSP N° 23/13 DMP /21 / NCF



PPV
30DH00

Laboratoires
K.PH

ENGEHLARD
ARZNEIMITTEL

LABORATOIRES KOSMOPHARM
272, Lotissement Lina, Rue 5 - Z.I.
Id Maârouf 20550 Casablanca - Maroc
www.kosmopharm.com
Aus Licence ENGEHLARD - Allemagne
Farmacie Responsable : I.ELBEQQALI