

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 à caractère personnel.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 828 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RANA SORI M'HAMEDA

Date de naissance : 15/02/1942

Adresse : 1555 mazoun a touna

Tél. : 06 44 50 15 15 Total des frais engagés : 52.123 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Age: 75 JAN. 2020

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 :

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
<i>PHARMACIE BAHIA Dr. SALIM HADJ MASSIRA 1 70, Av. My Idriss 1er - Massira 1 Témara - Tel : 05 37 60 52 10 INPE : 102013893</i>	10/07/2020	± 52,70 ₦

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
CCEFFICIENT DES TRAVAUX			
MONTANTS DES SOINS			
DEBUT D'EXECUTION			
FIN D'EXECUTION			
CCEFFICIENT DES TRAVAUX			
MONTANTS DES SOINS			
DATE DU DEVIS			
DATE DE L'EXECUTION			

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	25533412 21433552
D	00000000 00000000
G	00000000 00000000
B	35533411 11433553

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412 21433552
D	00000000 00000000
G	00000000 00000000
B	35533411 11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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°659846

N° ICE : 001628029000028

N° IF : 23243440

MR BAHADI MOHAMED

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	PROSPAN SP PM	30,00	30,00	1,96	7,00
1	RINOMICINE SA	22,70	22,70	1,49	7,00

TOTAL T.T.C :

52,70

PHARMACIE BAHIA
Dr. SALIM Haima
170 Av. M'Gress
Temara - Tel : 05 37 60 52 10
INPE : 102013893

Nbr Articles **TVA 7% Base :** **52,70** **Montant :** **3,45** **TVA 20% Base :** **Montant**

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinquante Deux Dirhams et 70 centimes.

PROSPAN®

1 boîte de 10 sachets

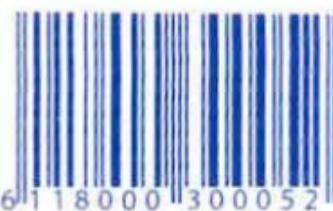


18000 090762

Sirop 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



6118000300052

PPV
30DH00



LABORATOIRES KOSMOPHARM

272, Lotissement Lina, Rue 5 - Z.I.
Sidi Maârouf 20550 Casablanca - Maroc
www.kosmopharm.com
Sous Licence **ENGELHARD** - Allemagne
Pharmacien Responsable : I.ELBEQQALI



سالات نزلة برد - زكام
حبوب - عليلان الأنف -
أنيمائية - مخاطنة -

22,70