

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.

Optique 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 caractére personnel.

(A026)

Déclaration de Maladie

Nº M21- 1053197

MLD

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1224 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAOUCHE AHMED

Date de naissance : 27 - 06 - 48

Adresse : 60 - RUE 18NOU HALAKA - RES - KENZA

BOURGOGNE - CASABLANCA .

Tél. : 06 66 80 12 25 Total des frais engagés : 433,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ABADAN TOLIRIA Age: 67 Ans

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 AU QUAI

Le : 5.17.2021

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
 Dr. BOUJEDDAD Nadia Pharmacie des Enfants 90 44 - Casablanca	25/07/21	433,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

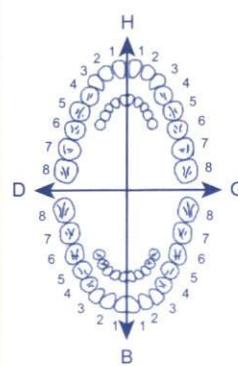
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
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 DES ENFANTS

34, RUE IBNOU JAHIR .BOURGOGNE AL ANK

DR EN PHARMACIE
De La Faculté de Pharmacie
Université Libre de Bruxelles

R.C : Patente:35652327
T.V.A : C.N.S.S:2172310
Tél : 0522 209044

Le 05/07/2021

FACTURE N°560975

N° ICE : 001808939000087

N° IF : 20702603

MME ABADAN TOURIA

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	XAILIN NIGHT PDE OPHT	83,00	83,00	13,83	20,00
1	ICIN 0.3% COLLYRE	27,50	27,50	1,80	7,00
1	SICCAFLUIDE GEL OPHTALMIQUE	38,50	38,50	2,52	7,00
1	COTRIM FORT COMPRIMES	38,00	38,00	2,49	7,00
1	LANPROL 30MG /28 GELUL	80,00	80,00	5,23	7,00
1	MELAXIB 10G BT/6 STICKS	68,00	68,00	4,45	7,00
1	NAVL IPO COLLYRE	98,00	98,00	16,33	20,00

LOT: 270
PER: MAR 2022
PPV: 80 DH 00

OPHTALMEO
83,00 DPG
83,00 DRS

AMM N°20219 DMPZ1INCH
BIOCODEX MAROC
BP 126 NOUACEUR
PPV: 80,00 DH

Aïssat
Icin®
Lot: XF0210
Fab: 06 20
Exp: 06 22
PPV: 27DH50

PHARMACIE DES ENFANTS
Dr. BOUDJADA Nidja
34, Rue Ibnou Jahir - Bourgogne
22 20 90 44 - Casablanca

DIMA PHARMA
PVC : 98,00

CO-TRIM® FORT 20 comprimés
PPV 38DH00 EXP 11/2023
LOT 90019 2

SICCAFLUID 2,5 mg/g
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI
14.2218

TOTAL T.T.C :

433,00

Nbr Articles	TVA 7% Base :	252,00	Montant :	16,49	TVA 20% Base :	181,00	Montant	30,16
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	--------	---------	-------

Arrêté la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Trente Trois Dirhams.