

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

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

77801

Déclaration de Maladie : N° S19-0003705

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2273 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : K. Belghiti A. Date de naissance : 19/09/52

Adresse :

Tél. : 06 61 19 85 59 Total des frais engagés : 52,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/06/21



Scanner

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>PHARMACEUTIQUE FOULOIS 2000 2223 8225</i>	<i>14/06/2021</i>	<i>52,70</i>

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 d'explorations.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

The diagram shows a 10x10 grid of 100 circles. The grid is centered at the origin (0,0). The horizontal axis is labeled 'D' at the left end and 'C' at the right end. The vertical axis is labeled 'H' at the top end and 'B' at the bottom end. The grid is composed of 10 rows and 10 columns of circles. The circles are arranged in a specific pattern: the first and last columns (labeled D and C) have circles with values 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, and 2 respectively. The first and last rows (labeled H and B) have circles with values 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, and 1 respectively. The inner 8x8 grid of circles contains values 1 through 8 in a repeating 2x4 pattern. The circles are arranged in a diamond-like shape, with the center circle at (0,0) having a value of 1.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE IBN TAIMIA
LOT ALADARISSA N°119 SIDI MAAROUFCASA

PHD MICROBIOLOGIE
DEUSt Dermopharmacie et Cosmetologie
DEUS Pharmacie Clinique

R.C :337980 Patente:36102085
T.V.A :77300610 C.N.S.S:2300771
Banque:013780010710002170014148
Tél :0522335225

Le 14/06/2021

FACTURE N°288715

N° ICE : 001683360000085

N° IF : 77300610

BELGHITI ABDERRAHMENE

ICE N° :

صيدلية ابن تيمية
PHARMACIE IBN TAIMIA
FOULOUS A
Docent en Pharmacie
N° 119 lot Al Adarasa Sidi Maârouf
Tél 0522 38 52 29 Casablanca

LOT : E2420M
Date EXP : 03/2023
PPC : 30,00 Dh

TOTAL T.T.C :

52,70

		TOTAL I.T.C :		52,70	
Nbr Articles	TVA 7% Base :	22,70	Montant :	1,49	TVA 20% Base :
Arrêté la présente facture à la somme de : Si					