

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.

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 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.

Matricule : *1224* Société : *R.A.M*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *HAOUCHE AHMED*

Date de naissance : *27 - 6 - 48*

Adresse : *60 RUE IBNOU HALAKA RES. KENZA*

BOURGOUGNE, PASABLANCA

Tél. *06 66 80 72 25* Total des frais engagés : *650,30* Dhs

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : *ABADAN TOURIA* Age : *68 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 : *PASABLANCA* Le : *24/09/2021*

Signature de l'adhérent(e) : *H.N*



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 DES ENFANTS Dr. BOUJDA Nadia 34, Rue Ibnou Jahir - Bourgogne Casablanca Tel: 0522 20 90 44	24/10/9721	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

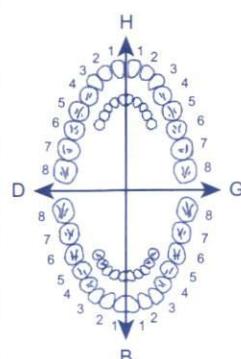
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]



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 24/09/2021

FACTURE N°566358

N° ICE : 001808939000087

N° IF : 20702603

MME ABADANE TOURIA

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	ROSVAS 20 MG/30CP	255,00	255,00		
1	CARDIOASPIRINE 100MG / 30CP	27,70	27,70		
1	CORVASAL 2 MG BTE 30 COMP	46,70	46,70		
1	CERUVIN 75MG / 28CPS	160,00	160,00		
1	IRPHI PLUS 300 MG /25 MG /30 C	160,90	160,90		

PHARMACIE DES ENFANTS
Dr. BOUJIDA Nadia
34, Rue Ibnou Jahir - Bourgogne
Tél: 0522 20 90 44 - Casablanca

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebââ Casablanca
Corvasal 2 mg cp b 30
P.P.V : 46,70 DH
6 118001 080335

Lot n°:
EXP:
PPV:

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

LGT: 019
PER: MAR 2023
PPV: 160 DH 90

TOTAL T.T.C :

650,30

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-----------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Six Cent Cinquante Dirhams et 30 centimes.