

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La 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.

Nº M21- 042624

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1886

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MoulGoumRi ABDECKADER

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 69 05 48 03

Total des frais engagés : 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 :

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 LAO Rue 373, 1 ^{er} étage - Ain Chock Casablanca Tél: 03.22.21.73.64	18/10/2011	282780

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'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Dental arch diagram showing numbered teeth from 1 to 8 in both upper and lower arches, with				



PHARMACIE MY ABDELLAH

19 RUE IBN KHATIMA QUARTIER DES HOPITAUX

R.C : 123587

Patente: 898899889

T.V.A : 52360

C.N.S S.54540021

Banque: 123456789012345678901234

Tél : 05 22 26 03 69

Le 18/10/2021

FACTURE N°632

N° ICE :

N° IF : 89989898989

MOULGOUMRI ABDELKADER

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Car Act
1	CARDIOASPIRINE CO 100MG 30U	27,70	27,70	27,70 DH Bayer S.A.
1	LASICLIX CO 40MG SIMPLE 20U	34,60	34,60	LOT: B26842 EXP: 11.2022
1	NEBILET 5MG B/28CP	87,50	87,50	PER: 30/06/2028
1	ZOFENIL 30MG /28	75,30	75,30	P.P.V: 34DH60
1	ALDACTONE CO 50MG	57,70	57,70	6 118000 060468

ICE: 201536244000067

ALAOUI Mohammed
PHARMACIE MY ABDELLAH
Rue 370, N° 66 - Ain Chock
Hôpital Med Sefiat - Casablanca
Tél: 05.22.21.73.64

ALAOUI Mohammed
PHARMACIE MY ABDELLAH
Rue 370, N° 66 - Ain Chock
Hôpital Med Sefiat - Casablanca
Tél: 05.22.21.73.64

ALAOUI Mohammed
PHARMACIE MY ABDELLAH
Rue 370, N° 66 - Ain Chock
Hôpital Med Sefiat - Casablanca
Tél: 05.22.21.73.64

TOTAL T.T.C : 282,80

Nbr Articles

TVA 7% Base :

Montant

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :
Deux Cent Quatre-vingt Deux Dirhams et 80 centimes