

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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

otique :

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.

ntaire :

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

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.

91995

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 996 Société : R.H.B.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUNKHARTA Fatima Esp. H. OUTI

Date de naissance : 1938

Adresse : 16, Rue de Tanger (A.H.) Casablanca

Tél. : 06/63/33/60/85 Total des frais engagés : 655,01 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BOUNKHARTA Fatima Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : H. L. H (san)

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

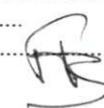
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Le : 8/11/2021

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
PHARMACIE LATIF d'Azemmour Commune Dar Bouazza 1, Marocaine Qd. Equipment 48, N° 1 SABLANCA - Tel: 0522 96 15 00	8/11/21	698,82 Dhs

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

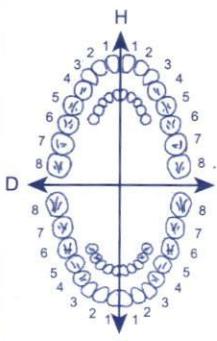
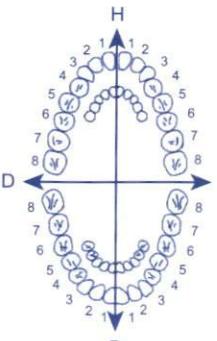
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
H 25533412 00000000 35533411	D 21433552 00000000 00000000 B 11433553			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE LATIF

Dr. Zineb IBENCHKROUN

05 22 96 15 98

Route d'Azemmour, G.H. Massakinouna EQ 4B N°1, Dar Bouazza



Facture N° 20211108-726

Date de vente : 08/11/2021

Médecin traitant :

Mme Houti Fatima

Maroc

PHARMACIE LATIF

Rte d'Azemmour, Commune Dar Bouazza
G.H. Massakinouna. Équipement 4B, N° 1
CASABLANCA - Tel: 0522.96.15.98

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
MAGMINE MAGNESIUM 300MG + VITAMINE B6 B30 COMP	1	99,00	TVA (20.00%)	99,00
VITANEVRIL FORT CO B30 COMP	1	28,80	TVA (7.00%)	28,80
BREXIN CO 20MG B20 COMP EFER GM	1	100,40	TVA (7.00%)	100,40
DEFLAZACORTE GT CO 6MG B20 COMP SECA	1	49,70	Exonéré (0.00%)	49,70
DEFLAZACORTE GT CO 6MG B60 COMP SECA	1	132,90	Exonéré (0.00%)	132,90
PRAZOL CO 20MG B28 GEL	3	96,00	TVA (7.00%)	288,00

Handwritten notes on the receipt:

- MB777 0124 LOT: PER 99,00
- LOT: PER 28,80
- LOT: PER 100,40
- LOT: PER 49,70
- PPV: 96DH00 PER: 08/23 LOT: K827-4
- PPV: 96DH00 PER: 08/23 LOT: K827-2
- PPV: 96DH00 PER: 08/23 LOT: K827-4
- PPV: 100DH40 PER: 07/2024 LOT: RJ1111F

Total HT	655,01 DHS
TVA	43,79 DHS
Total	698,80 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : six cent quatre-vingt-dix-huit DHS et quatre-vingts centimes

PHARMACIE LATIF
Rte d'Azemmour, Commune Dar Bouazza
G.H. Massakinouna. Équipement 4B, N° 1
CASABLANCA - Tel: 0522.96.15.98