

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.

Pathologie 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.

Education :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée ayant 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 à caractère personnel.

98493 Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1360 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUSSAFIR Abdellah

Date de naissance :

18/53

Adresse :

Al-Mutuelle

Tél. : 06.70.86.55.61

Total des frais engagés : 62 DH Dhs

Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : 30/12/21

Le : 30/12/21

BB

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
CHOFERANE GARDE DES SÉCURITÉS CACHET DU PHARMACIEN	21/11/13	421,-

CHOFRAINE

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	

Le praticien est Important : Veuillez joindre		Diaformine® Metformine																			
SOINS DENT		30 comprimés pelliculés Voie orale																			
 P.P.V. L.O.M. K.O.D. 17 9324 000		bottu S.A. 82, Allée des Casuarinas - Ain Sébaïa - Casablanca S. Bachouchi - Pharmacien Responsable																			
 P.P.V. L.O.M. K.O.D. 17 9324 000		Diaformine® Metformine 30 comprimés pelliculés Voie orale bottu S.A. 82, Allée des Casuarinas - Ain Sébaïa - Casablanca S. Bachouchi - Pharmacien Responsable																			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES D B D G B		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		H	21433552	25533412	00000000	<hr/>		D	G	<hr/>		00000000	00000000	<hr/>		35533411	11433553	<hr/>	
H	21433552																				
25533412	00000000																				
<hr/>																					
D	G																				
<hr/>																					
00000000	00000000																				
<hr/>																					
35533411	11433553																				
<hr/>																					
		D'EXECUTION FIN D'EXECUTION																			
		COEFFICIENT DES TRAVAUX																			
		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'E																					

صيدلية الغفران

PHARMACIE GHOFRAÑE

الزنقة 2 الرقم 116 بلوك (س) حي القدس سيدى البرنوصي - الهاتف: 022 73 26 31 - الدار البيضاء

Mme HRIOUA Laïla
Docteur en Pharmacie
Diplômée de la Faculté
de TOURS en France



السيدة أهريوة ليلى
دكتورة في الصيدلة
خريجة كلية تور بفرنسا

Casa, le 31/12/18021

FACTURE N° 007663

DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
Dr. a fumine 7g	2	21,-	42,-

La Présente Facture est Arrêtée à la somme de :

Signature

Cachet

PHARMACIE GHOFRAÑE
DR. HRIOUA LAÏLA
Rue 2 N° 116 Bloc (C)
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca