

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
2018

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0637 573953

Société :

Autre :

REDACTED

REDACTED

REDACTED

REDACTED

Total des frais engagés :

860,40

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 : Casablanca

Le : 16/03/22

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
<p>صيانت طه Pharmacie Al Amine Taha Mosquée Med VI Hay Salam Tél: 05 37 74 54 05 INPE 06 20 70 313</p>	08/03/2022	# 860,40 #

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of the dental arch showing numbered teeth from 1				

Pharmacie AL AMINE-TAHA - Bouznika

Dr LAKHDAR Amine-Taha

0537745405

Mosquée Mohammed VI hay essalam , bouznika



Facture N° 20220308-725

Date de vente : 08/03/2022

Médecin traitant :

HESSANE Mohammed

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
PERIOKIN GEL 30ML 36G	1	48,50	TVA (20.00%)	48,50
PERIOKIN SPRAY 40ML	1	64,50	TVA (20.00%)	64,50
DICLO CO 50MG B20 COMP	1	32,40	TVA (7.00%)	32,40
TAHOR CO 10MG B28 COMP MV MM	2	79,00	Exonéré (0.00%)	158,00
PANSORAL 15G GEL BUCCAL	1	23,00	TVA (7.00%)	23,00
TWYNSTA CO 80MG/5MG B28 COMP	2	267,00	Exonéré (0.00%)	534,00

Total HT	837,94 DHS
TVA	22,46 DHS
Total	860,40 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : huit cent soixante DHS et quarante centimes

صيدلية الأمين طه
Pharmacie Al Amine Taha
Mosquée Med VI Hay Salam
Bouznika
Tél: 05 37 74 54 05

INPE 06 20 70 313

IMPORTADO E
COMER
BRASIL
PHARM
COMÉ
AV. JANG
SÁCOPA
FONE: (+
WWW.P
AUT.FUNC/MSN: Z0392-8
NUMERO DO PROCESSO:
25351.411538/2011-15
NSOC7511

19
LOT
UTAV
P.P.C
18,50
5
HONDUR
122
UTAV
P.P.C
1224
PORTUGAL
64,50
FABRICADO
30/03/2011
01/04/2012

IF : 14462319 TP : 39833042 RC : 3397 ICE : 001518529000065

Tel : 0537745405

Adresse : Mosquée Mohammed VI hay essalam , bouznika