

INFORMATIONS A LIRE POUR
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.

Education :

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.

Soins :

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.

Le bilan 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

Information : contact@mupras.com
En charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La mutuelle garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1578 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KHAMILI CHI Khaïdja

Date de naissance : 1-1-47

Adresse : RUE KASR NOUZHA, Bd de l'Océan

At. Particulier, Casab.

Tél. : 0661-18-17-61 Total des frais engagés : 79.90 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 : Casab. Le : 11/2/22

Signature de l'adhérent(e) :

Y. Khaimi

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
 <i>Amédée CORNILLIE Pharmacie 31338.73 - CAS</i>	11-2-99	79,90

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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant

Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTA



PHARMACIE BADIA

EQ3,zone: 3 route d 'azemmour,CASABLANCA

R.C :39005

Patente:35631136

T.V.A:

C.N.S.S:6719530

Tél :0522. 91. 38 .73

FACTURE N°0

N° ICE : 001840314000063

N° IF : 25082533

Pharmacie BADIA
Résidence LA CORNICHE
EQ. 3 Zone 3 Hts. d'Azemmou
Tél: 022 91 38 73 - CASA

MME KHAMLICHI KHADIJA

vers le 11-2-22

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	FITORAX SIROP A 200ML	79,90	79,90	13,32	20,00

TOTAL T.T.C :

79,90

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant	TVA 20% Base :	Montant	13,32
--------------	---------------	---------	----------------	---------	-------

Arrêté la présente facture à la somme de :

Cent-vingt-dix Neuf Dirhams et 00 centimes

فيتوريكس®
محلول للشرب

صمغ النحل + 6 مستخلصات
طبيعية وزيوت أساسية
+ فيتامين C

للكبار

لراحة
المسالك التنفسية
والحنجرة

كبة التفاح والعسل

مكون من
مستخلصات
طبيعية

20 مل
MEDIPRO
PHARM



8 032578 479515

Lot : 200892
À consommer
avant le : 01/2024

PPC : 79,90 DH