

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

Biologie 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.

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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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
HARMACIE EL MANAR CASA S.A.R.L A.U Avenue Mehdi Ben Barka Bourgogne CASABLANCA	07/03 2022	339.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

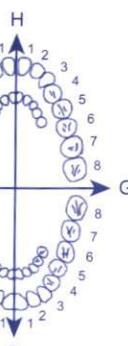
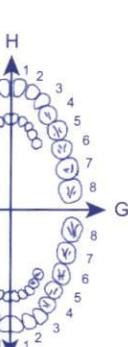
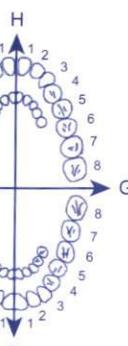
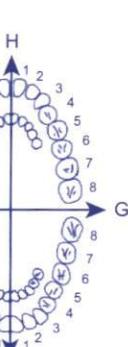
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		Montants des soins
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

PHARMACIE EL MANAR

DR EL AMRANI

M HAFFARY FATIMA

Le : 16/03/2022

Facture N° 496552

Quantité	Prix unit	Designation du produit	Tx remise	Montant
4	84,90	CARTEOL LP 2% COLLYRE	0,00	339,60

REMISE : 0,00 TVA 22,22

Total : 339,60

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :trois cent trente neuf dirhams soixante centimes

CARTEOL L.P. 2% H6671
Colyre 3ml FAB/ تاريخ الانتاج 11-2020
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 10-2022
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040 PPV : 84,90 DHS

CARTEOL L.P. 2% H6986
Colyre 3ml FAB/ تاريخ الانتاج 02-2021
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 01-2023
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040 PPV : 84,90 DHS

CARTEOL L.P. 2% H6986
Colyre 3ml FAB/ تاريخ الانتاج 02-2021
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 01-2023
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040 PPV : 84,90 DHS

CARTEOL L.P. 2% H6871
Colyre 3ml FAB/ تاريخ الانتاج 11-2020
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 10-2022
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040 PPV : 84,90 DHS

48 AV MEHDI BENBERKA BOURGOGNE CASABLANCA

Patente N° 30406240

N° R.C.

6225

Tel : 0666904061

ID Fiscale 40120140

N° CNSS 1470632

N° ICE. : 001726673000066

Compte : 0430005141512