

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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7155

Société : RAD

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GOTRI AHRED.

Date de naissance : 09/07/1962

Adresse : HABIBI

Tél. : 06 35 73 80 80

Total des frais engagés : 58,2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

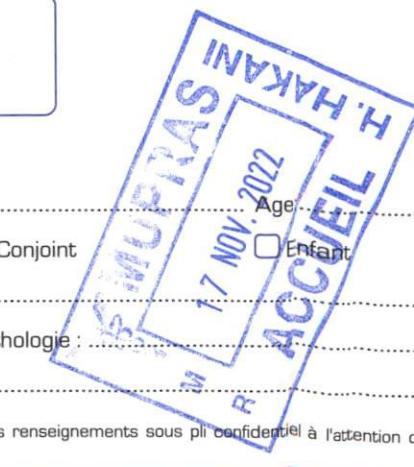
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS

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
 101 Avenue de l'Université de Bruxelles 1002, Bd du Roi Casablanca - El Oulfa Tel: 0522.90.17.15 Date: 16.11.92	16.11.92	58.90

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

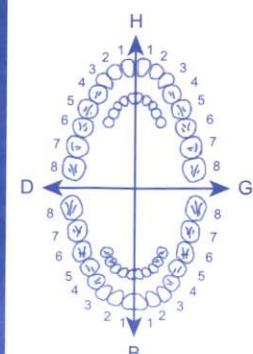
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

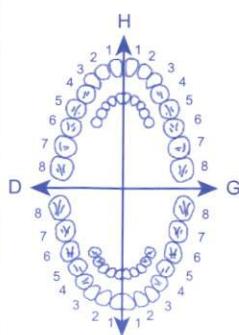
	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE $ \begin{array}{c c} H & 25533412 & 21433552 \\ \hline D & 00000000 & 00000000 \\ \hline & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \end{array} $ B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
		MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
		DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

PHARMACIE NOUZHA

MME DIOURI AYADI NOUZHA
602 BD OUM EL RABIA EL OULFA
CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35035000

N° R.C. : 234244

N° CNSS :

N° ID.F. :

N° ICE 001665688000086

Tel : 901715

Fax

GOTNI AHMED

I.C.E. :

]

CASA

ML 7155

Le : 16/11/2022

FACTURE N° : 45041/22

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	COQUELUSEDAL PARA BB	17,70	7	17,70
1	DIPROLENE 0.050% PDE 15 G	23,90	7	23,90
1	SYSTRAL POMMADE TB 20G	16,60	7	16,60

TVA 7%: 3.81

Total : 58,20

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CINQUANTE HUIT DIRHAMS ET VINGT CTS

PHARMACIE NOUZHA
DIOURI AYADI NOUZHA
Diplômée d'Infirmière de Bruxelles
602, Bd Oum Rabia - El Oulfa
Casablanca
Tél: 0522.90.17.15 - Casablanca
Patente. 35035000



Systral® Crème

PPV 16DH60
EXP 02/2027
LOT 100672

611 800115 0120
DIPROLENE 0,05% Pommeade 15g
P.P.V. 23,90DH
Distribué par MSD Maroc
B.P. 138 Bouskoura