

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.

N° W21-685126

244167

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9738

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAATHAOUI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 109.02

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 :

Acute LIBRE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

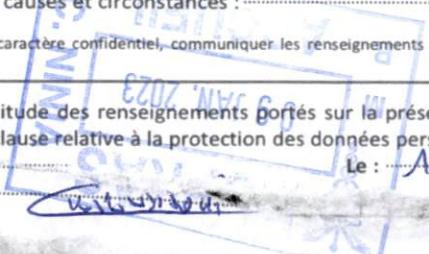
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 10/12/2012

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourrisseur	Date	Montant de la Facture
<i>RC : 21 HF : 40-000002</i>	10/12/99	40,00

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
						COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
						DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>											
						FIN D'EXECUTION <input type="text"/>											
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">B</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
	H	25533412	21433552														
		00000000	00000000														
	D	00000000	00000000														
	B	35533411	11433553														
						COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
						DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
						DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

PHARMACIE DES STADES

50 RUE AL FOURAT CASABLANCA RC:245509

IF:40436642 CNSS:1776569

Tél : 05 22 25 49 25

Patente : 35873067 ICE001634052000076

Facture N° 597 127 Du 10/12/2022

ME CHAABAoui AZIZA

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CO	COTIPRED 20MG/20	1	40.00	40.00
1	Total	1		40.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
QUARANTE DIRHAMS

PHARMACIE DES STADES 2010
50, Rue Al Fourat Casablanca
Tél : 05 22 25 49 25
RC : 245509 - Pte.: 35873067
IF : 40436642

Formule :
Prednisolone 20 mg (sous forme
de mésasulfobenzoate sodique)
Excipients q.s.p. 1 comprimé
effervescent sécable
Ce conditionnement contient au total
quatre cents milligrammes de
prednisolone (sous forme de
mésasulfobenzoate sodique)

Posologî, mode d'emploi, indications,
contre indications, excipients à effet
notoire : voir notice

PPV: 40DH00
PER: 11/25
LOT: L3650

bottu s.a.
82, Allée des Casuarines - Al Séba - Casablanca
S.Rachouhi - Pharmacien Responsable