

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être clairement 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 : 11160

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Aziz SAADIA

153104

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661102267

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

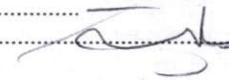
Nature de la maladie :

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 : Le : / /

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
PHARMACIE LA ABSOUDI PELLA 17 Rue Al Aschiw Lahai Plaza 100 - Casablanca Tunisie - N° 015132233445566778899	14/03/2015 03 23	35,100

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 o

19,00

Adol

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
412	21433552
000	00000000
000	00000000
411	11433553

The diagram shows a 10x10 grid of circles. The grid is centered at the origin (0,0). The horizontal axis is labeled 'G' at the right end and 'D' at the left end. The vertical axis is labeled 'H' at the top end and 'B' at the bottom end. The grid is filled with circles, with some specific points labeled with numbers (1-8) and letters (A-H). The grid is bounded by a dashed line.

[Création, remont, adjonc]

TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML
P.P.V: 15DH0
10609910000011
22E695
LOT: 2024
PER: 11/2024

مُدِّيَّمَنْتُ نُونْ سُوُمِيْسْ أَمْ بِرِسِيْكَسْ مِيْلِيْكَالِيْ.



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

1

Titulaire d'AMM au Maroc :
sanofi-aventis Maroc, Route de Rabat R.P.1,
Ain Sebaâ, Casablanca.
Laheen BOUCHAOURI, Pharmacien Responsable
Nom et adresse du fabricant :
Maphar, Km 10, Route côtière 111, Ql-Zenata,
Ain Sebaâ Casablanca.

PHARMACIE EL HILAL

77. Rue Francois Ponsard CASABLANCA

Mme Laaboudi Mazouz Selwa DOCTEUR EN PHARMACIE

CNSS:2013358 R.C:295391 PATENTE:34753673 I.F:14481405 TEL:05 22 25.96.06 FAX:05 22 98.89.87 ICE:00151323900014 INPE:92024256

F A C T U R E

Client.....: AZIM SAADIA

ICE.....:

Date.....: 14/03/2023

FACTURE.....N°: 10

! QUANTITE!	DESIGNATION	! PPV	! MONTANT	! TVA!
1	1 ADD 1G 30CP	19.90	19.90	0
1	1 TOPLEXIL N1	15.70	15.70	7
DONT TVA: 7 %: 1.03		TOTAL:	35.60	
DONT TVA: 20 %: 0.00		TOTAL NET:	35.60	
TOTAL TVA : 1.03				

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:

TRENTE CINQ Dirhams 60 Centimes

