

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 : 1119 Société : R A I T

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAIDI MOHAMED

Date de naissance : 15-11-45

Adresse :

Tél. 0661214799 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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

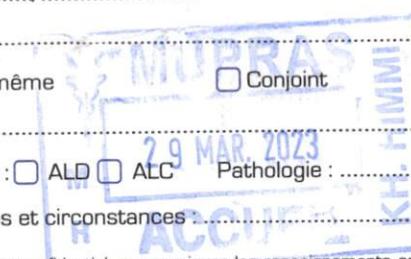
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 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 et du Fournisseur <i>PHARMACE DU CROISSANT Sous P.A.P. Casablanca Tél: 03 22 22 02 61 CE: 00 159 794 890000</i>	Date	Montant de la Facture
	04/03/23	547.30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Tél : 0522220261

MOHAMED SAIDI

FACTURE N° : 6871

du 04/03/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	NATISPRAY AEROSOL	69,30	69,30	0%
1	CARDIO ASPIRINE B30 CPRS	27,70	27,70	0%
1	TAHOR 10MG B28 CPS	79,00	79,00	0%
1	COTAREG 160/25MG BT 28	205,00	205,00	0%
1	STAGID 695MG / 100	107,60	107,60	0%
1	TENORMINE 100MG 28CPS	58,70	58,70	0%

Total TTC	547,30
Droits de Timbre	0,00
Net à Payer	547,30

Arrêtée la présente facture à la somme de :
CINQ CENT QUARANTE SEPT DIRHAMS ET TREnte CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	547,30	0,00	547,30
		547,30	0,00	547,30



PHARMACIE DU CROISSANT
3, Bd. Sour Jdid - Casablanca
Tél : 05 22 22 02 61
ICE : 00 159 79 48 000031

CNSS :
Compte :

I.C.E : 001597948000034
Patente : 35204671

INPE:
R.C : 137490

I.F :

100 قرص قابل للكسر

MERCK

ستاجيد® 700 ملغ

أقراص قابلة للكسر
أمبونات المتفورجين
عن طريق الفم

100 comprimés sécables
Stagid® 700 mg

6 118000 021292



100 comprimés sécables

Stagid® 700 mg



LOT: EXP:

04 2024
JUL 30

COTAREG®

Valsartan
Hydrochlorothiazide

160 mg/25 mg

comprimé pelliculé

كوتاريغ 160 ملغ/ 25 ملغ

فالسرتان / هيدروكلوروثيازيد



NOVARTIS

28 comprimés pelliculés
Voie orale

28 قرصا مغلف
عن طريق الفم

fizer

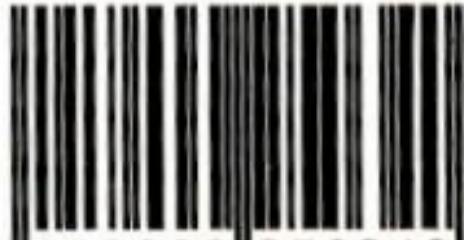


TAHOR
atorvastatine

10 mg

TAHOR® 10 mg

28 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 250340

28
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

UT. AV. : 1 2 5

P.P.V

7 9 0 0

LOT N° : FW7283

09366082/4