

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.

M22- 0052328

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	1321	Société :	Retraite
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné[e]	<input type="checkbox"/> Autre :	130982
Nom & Prénom :		BEN YOUSSEF ABDEL AZIZ	
Date de naissance :		07/09/49	
Adresse :		0645114049	
Tél. :		Total des frais engagés : 192,10 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	Nom et prénom du malade :	Age:
01 AOUT 2023		I. BOUZAACHANE	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input checked="" type="checkbox"/> 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 : 27/07/2023

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 Fourisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE LA GIRONDE Angle Bd. de la Gironde & Rue Ifni Place Khaibar INPE: 092037647</i>	27/07/2013	<i>PHARMACIE DE LA GIRONDE Angle Bd. de la Gironde & Rue Ifni Place Khaibar INPE: 092037647</i>

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

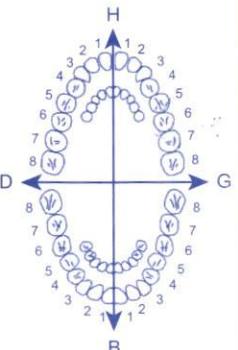
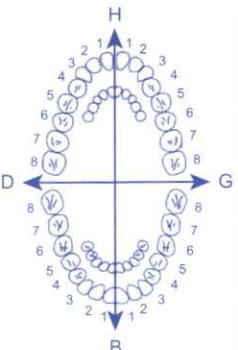
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	G	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
		25533412 00000000	21433552 00000000	
		35533411	11433553	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS
	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

صيدلية لا جيرون

PHARMACIE DE LA GIRONDE

Mme Mouna GHARBAOUI GHATTAS

Docteur en Pharmacie

Diplômée d'état de la faculté de Rennes (FRANCE)



السيدة الغرباوي غطاس منى
دكتورة في الصيدلة
خريجة كلية الصيدلة برين (فرنسا)

Casablanca, le 22/07/23 الدار البيضاء، في

Facture N° : 0001343

BENDOUHOU D Abdela33

1 Doseur 60g 132.10

Achetez la présente Facture à la Dame de:
cent quatre-vingt douze dh 1031

PHARMACIE DE LA GIRONDE
Mme. Ghurbaoui Ghattas Mouna
Place Khaibar
Angle Bd. de la Gironde & Rue Ifni
tel: 0522300619 - CASABLANCA
INPE: 092037643

travoprost/timolol
40 microgrammes/mL + 5 mg/mL collyre en solution



12 2024
3MAXAIS

Exp :

Lot :



Remboursable AMO

407393 MA

6 118001071340

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2,5 mL
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 192.10 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Fabricant :
المصنّع
Alcon-Coureur N.V.
Rijksweg 14, B-2870- Puurs, Belgique
Siegfried El Masnou, S.A., Camili Fabra, 58, 08320
El Masnou, Barcelone, Espagne