

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 : <u>3565</u>	Société : <u>NAM</u>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <u>DIAZZI SIDI MOHAMED</u>	
Date de naissance : <u>17/10/89</u>	
Adresse : _____	
Tél. : <u>0667123412</u>	Total des frais engagés : <u>280</u> Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :		
Date de consultation :	/ /	
Nom et prénom du malade :		Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :		
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : _____		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances <u>08 AOUT 2023</u>		
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

<p>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</p> <p>PHARMACIE AYED ALI</p> <p>SARL AU Dr. AYED ALI JOUAD Sidi Maârouf - Casablanca Tél./Fax : 05 22 97 32 18 GSM : 06 61 60 54 68</p>	<p>Date</p> <p>20/07/23</p>	<p>PHARMACIE AYED ALI</p> <p>Morçant de la Facture</p> <p>Dr. AYED ALI JOUAD Sidi Maârouf - Casablanca Tél./Fax : 05 22 97 32 18 GSM : 06 61 60 54 68</p>
--	-----------------------------	---

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

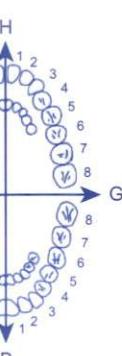
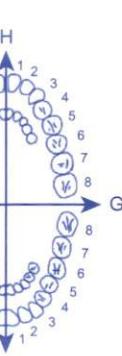
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

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		
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	Coefficient des travaux 
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS 
			DATE DU DEVIS 
			DATE DE L'EXECUTION 

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHAR
PHAR
60BIS
FATH

لتركيه:
ومارات فورموتيروول: 12 مكعب في برشامة.
مواجات في كمية كافية لبرشامة.
·اغتو تأثير معروف: لاكتوز.
·حرارة لا تتدنى 25 درجة منوبة.
·مرأى و متناول الأطفال.
·هـ النشرة قبل الاستعمال.
PPV : 197 DH 90
Médicament autorisé N° 163/16 D

LOT 22009
PER 08/24
PPV 197 DH 10



Tél : 05

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقدار الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I

05/07/2023

MR DADISSI SIDI MOHAMED

FACTURE N° : 14554 du 05/07/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	ESAC 20 MG/14CP	82,10	82,10	0%
1	BRONCOTEC GEL PR INHAL	197,90	197,90	0%

Total TTC	280,00
Droits de Timbre	0,00
Net à Payer	280,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
DEUX CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	280,00	0,00	280,00
		280,00	0,00	280,00

PHARMACIE AHMED ALI
SARL AU
Dr. Ali EL JOURAIDI
Sidi Maâzouz - Casablanca
Tel: Fax: 05 22 97 32 16
GSM: 06 61 60 54 68