

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

- Reclamation : 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.

M23-010813

17887

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1994 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZEROUAL

Date de naissance :

Adresse : 5, Résidence AT 814, Agt n° 18, Rue

AL DOURHOUANE MAY RAMA BOURGUIGUE 20000

Tél. : 0663414015

Total des frais engagés : 601,30 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 : 05/08/2013 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : El Hachmi

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 HIBA Dr. Ahmed GHAFRY Hay Raha, Rue Banafsaj 51 Bis - Beauséjour Casablanca Tél: 0522 94 99 34 / 0522 39 34 31 Fax: 0522 94 99 34	28/08/23	65,00

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 ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
25533411	11432553

réation, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAILX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

** PHARMACIE HIBA **

DR AHMED GHAFRY

HAY RAHA - RUE BANAFSAJE - 51 BIS - BEAUSÉ

Tél : 0522393431

Patente N°: N°34823690

N° R.C. : N°320434

Compte : 007780000379200000026984

CNSS : 6471833

Id.Fiscale : N°51112603

ICE : 001616420000064

Le : 28/08/2023

ZEROUAL MOHAMED

FACTURE N° : 259 du : 28/08/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	DICLO 100 MG BT 10 SUPPO	27,50	27,50	7,00%
1	RHUMIX BT 10 STS	22,00	22,00	7,00%
1	TOPLEXIL SP FLACON 125 ML	15,70	15,70	7,00%
Total TTC				65.20

Arrêtée la présente facture à la somme de : SOIXANTE CINQ DIRHAMS ET VINGT CTS

Lot : 220948
P.F.R. 10/2024
TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML
P.P.V : 15DH70
6 118000 060901

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	60,93	4,27	65,20
		60,93	4,27	65,20

PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed GHAFRY
Hay Raha, Rue Banafaje
51 Bis, Casablanca
Tel: 0522 94 98 34 - 0522 39 34 31
Fax: 0522 94 98 34

Indications :

Grippe, rhume, fièvre, coryza, courbatures, refroidissements.

Lire notice intérieure.

Posologie :

Selon prescription du médecin.

En général, 1 à 3 sachets maximum par jour.

Mode d'emploi :

Diluer le contenu du sachet dans un verre d'eau,
bien mélanger et boire immédiatement.

Rhumix®

Boîte de 10 sachets



P.P.V. : 22,00 DH



6 118000 191032

Rhumix®

Grippe

Rhume

Fièvre

Coryza

Courbatures

Refroidissements

10 sachets

F. : 12/22
L.D.T. : 12/25
P. : 12/25
L.O.T. : K369

Poudre orale

GALENICA G

Rhumix®
رُومِيكس®

10 sachets

Poudre orale

N° de lot/Date de Péremption :

E RU Z Q 1 V FA 02

ملغ 100



ديكلو

ديكلوفنتاك حسوديك



- مضاد للإلتهاب
- مضاد للروماتزم



سنَة 15 +

10 حولات
عن طريق المخرج

LABORATOIRES
PHARMA 5
مختبرات فارما 5

27,50