

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 canalaire, 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 canalaire.

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

180020

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5364 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENBRAHIM JOUHADA

Date de naissance : 22/02/1968 RABAT

Adresse : MARINA BLANCA N° 93 BOULEVARD

éAQUAQUA

Tél. : 06 61 39 95 96 Total des frais engagés : 113,40 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 : PARIS Le : 11/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : Benhadj

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
<i>DARBOUZI AMINE 14/08/23</i>	14/08/23	113.60

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
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches, with points A, B, D, G, and H marked. A horizontal arrow points from D				

** PHARMACIE DAR BOUAZZA **
DR AMINA ZAHZOUHI
BP 93, DAR BOUAZZA, CASABLANCA

Tél :

11/08/2023

BENBRAHIM JOUHARA

FACTURE N° : 2118

du 11/08/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	FENOSUP 160 MG /30 GELULES	115,70	115,70	0%

Total TTC

115,70
PHARMACIE DAR BOUAZZA
ZAHZOUHI AMINA
BP 93 Dar Bouazza
Tel: 05 22 29 01 74

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
CENT QUINZE DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

	TAUX		TVA	TTC
0%Ar92	0,00	115,70	0,00	115,70

PHARMACIE DAR BOUAZZA
ZAHZOUHI AMINA
Dar Bouazza Ouled Jerrar
BP 93 Dar Bouazza
Tel: 05 22 29 01 74

CNSS :
Compte :

I.C.E : 001701059000034
Patente : 32964503

INPE:092020403
R.C : 236480

I.F : 50801720
RIB :

فِينُوسُوب® لِيدُوز® 160 ملَغ

فِينُوفِيرَات 160 ملَغ

FENOSUP LIDOSE 160 mg

Boîte de 30 gélules

PPV: 113.40 DH

Distribué par les laboratoires SOTHEMA



6 118001 071760

30 كبسولة

(لِيدُوز®)

عَبْرَ الْفَمِ

\$MB

30 Gélules

FENOSUP® 160 mg
FENOFLIBRATE 160 mg