

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

Code réservé à l'adhérent (e) **MLD**

Matricule : **2346** Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **BEJYAHIA DELISE**

Date de naissance : **01/01/1953**

Adresse : **MÉDÉ**

Tél. : **0673225780** Total des frais engagés : **396,10** Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cachet du médecin : **MLD**

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

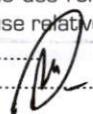
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

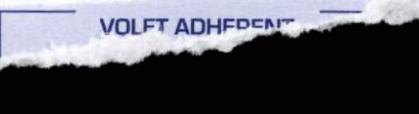
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : **CASABLANCA** Le : **02/11/2023**
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 Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARHABA André ACHOUR 61, Av des FAR Casablanca Tél 0522 31 16 49 0522 91 49 89	02/11/2023	396, (0) DH

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
		AM	PC	IM	IV	

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"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE MARHABA

61, Av. de l'Armée Royale Casablanca

ANDRE ACHOUR
Docteur en pharmacie
Faculté de MARSEILLE FRANCE

R.C :118264

T.V.A : 823288

Tél : 0522 31 16 40

Patente 35 101 720

C N S S 1850107

Le 02/11/2023

FACTURE N°632021

N° ICE : 001667749000020

N° IF : 43900800

MR BENYAHIA DRISS

ME 2346

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
2	CARDENSIEL 2.5 MG BTE 30 CPS	50,70	101,40		
3	NATRIXAM 1.5/5 MG BTE 30 CP	79,90	239,70		
2	CARDIO ASPIRINE 100 MG	27,70	55,40		
	Cardioaspirine 100 mg/30cps Acide acétylsalicylique P.P.V. : 27,70 DH Bayer S.A.  6 118001 090280				
	Cardioaspirine 100 mg/30cps Acide acétylsalicylique P.P.V. : 27,70 DH Bayer S.A.  6 118001 090280				
	 6 118001 130184 NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg 30 comprimés à Libération Modifiée PPV : 79,90 DH				
	 6 118001 100859 Cardensiel® 2,5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 50,70 DHS 7862166246				
	 6 118001 100859 Cardensiel® 2,5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 50,70 DHS 7862166246				
	 6 118001 130184 NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg 30 comprimés à Libération Modifiée PPV : 79,90 DH				
	 6 118001 130184 NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg 30 comprimés à Libération Modifiée PPV : 79,90 DH				
					

TOTAL T.T.C :

396,50

*Arrête la présente facture à la somme de :
Trois Cent Quatre-vingt-seize Dirhams et 50 centimes*