

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 : 07384 Société : 189093

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BEN HMI DA YACIN

Date de naissance : 27 MAI 1962

Adresse : 114 Rue ARRABYANE API B 14
LES PANORAMA CASA

Tél. : 0661315567 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BEN HMI DA M^{me} RAYANE Age : 56 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

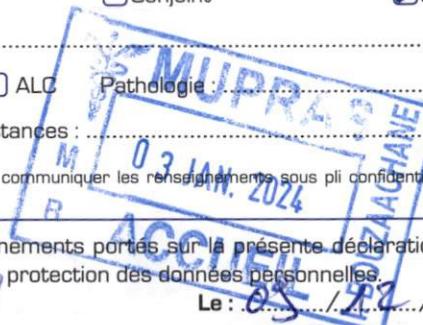
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA Le : 05/07/2023

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 Fournisseur	Date	Montant de la Facture
NOUVEAUX NOUR LABORATOIRES 3, Avenue de l'Industrie 11400 ANGERS TEL. 02 33 11 22 15	09/01/03	44,30

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1-8) on both the upper and lower arches. A coordinate system is overlaid, with the vertical axis labeled 'H' at the top, the horizontal axis labeled 'D' on the left, and the depth axis labeled 'G' on the right. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on the left and the second molar on the right of the arch.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE NOUR
DR SOUMIA KABBAJ
10B, ANGLE BD YAACOU
ET SIDI ABDERRAHMANE

Tél : 0522368911

BENHMIDA MOHAMED FAYANE

STODAL®
SIROP

Lot :

Exp. :

CTR: 34000931000679

N2030208

03/2027

BOTTU SA

PPV: 28 DH 00

* 3 4 0 0 9 3 1 0 0 0 6 7 9 *

soufrane®
Solution pour
pulvérisation nasale

2p.cent

16,30

FACTURE N° : 766

du 09/12/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant PPV	TVA
1	STODAL SIROP 200ML	28,00	28,00	7%
1	SOUFRANE NASALE 20ML	16,30	16,30	7%

Total TTC

44,30

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
QUARANTE QUATRE DIRHAMS ET TRENTÉ CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	41,40	2,90	44,30
		41,40	2,90	44,30

PHARMACIE NOUR
KABBAJ Soumia
10B, Angle Bd yacoub El Mansour
et Sidi Abderrahmane Casablanca
Tél : 0522 36 89 12 / 11