

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 : 25AL Société : 189864

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HARACHACHE EL MAACHI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0678567787

Total des frais engagés : 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 :

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

Cachet du Pharmacien ou du Bourisseur REVA SARL PHARMACIE CHIFA 10 Ave. Afghanistan Ily Hassani - Casablanca Tél.: 0522 90 32 63	Date	Montant de la Facture
	08/01/2024	956,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

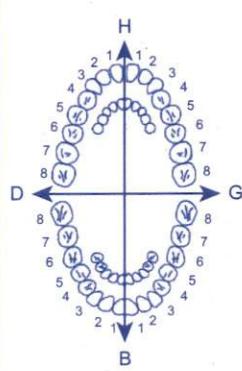
O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

Funcional, Marcadaparque, necessaria a la profesion



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



REVEAL SARL
TAHIRI HASSANI MOHAMED

Page :1

FACTURE

N° FACTURE :611660
Date :08/01/2024

Client :
HARCHACHE KHALIL

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
LAMICTAL 100 MG COMP	4	239.00	956.00

Four identical rectangular labels are attached to the left side of the table, each containing the following information:

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 239,00 DH
ID: 652640
Barcode: 6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 239,00 DH
ID: 652288
Barcode: 6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 239,00 DH
ID: 653058
Barcode: 6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 239,00 DH
ID: 653098
Barcode: 6 118001 140800

A blue circular stamp with the letters 'SA' is located in the upper right area of the table.

A large blue circular stamp with the following text is located in the lower right area of the table:

REVEAL SARL
PHARMACIE CHIFA
10 Ave. Afghanistan
Hassani - Casablanca
Tél.: 0522 90 32 63

Total TTC = 956.00

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : NEUF CENT-CINQUANTE-SIX DHS

Bon rétablissement

Pharmacie CHIFA
10 Ave Afghanistan