

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.

M22- 0046552

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule: ES.16

Société:

AB9866

Actif Pensionné(e) Autre:

Nom & Prénom: MAROUCHE ELMAA OUI

Date de naissance: 07.12.1966

Adresse: Hay Hattam: B. 102 - N. 22 Ctsa

Tél.: 0678567787 Total des frais engagés: 501,60 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:

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 Fournisseur	Date	Montant de la Facture
REVEAL SARL PHARMACIE CHIFA 10 Ave. Afghanistan Hay Hassani - Casablanca Tél.: 0522 90 32 63	08/07/2024	504,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICALS

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.

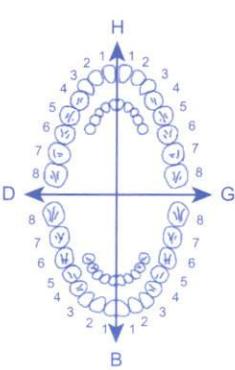
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



REVEAL SARL
TAHIRI HASSANI MOHAMED

Page :1

FACTURE

N° FACTURE : 611660
Date : 08/01/2024

Client :
HARCHACHE EL MAACHI

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
AMLOR 5 MG 28 COMP TAHOR 10 MG 28 CP	3	89.20	267.60
	3	79.00	237.00

Handwritten notes and signatures are present on the left side of the table, pointing to specific items and their details:

- Top item: EXP: 05/26 P.P.V. 79.00, LOT N°: HC 5 70 79,00
- Second item: EXP: 05/26 P.P.V. 79.00, LOT N°: HC 5 09 79,00
- Third item: EXP: 05/26 P.P.V. 79.00, LOT N°: HC 5 6 97 79,00
- Fourth item: UT.AV : 08/2026 P.P.V. 89,20, LOT N°: HL 0823 89,20
- Fifth item: UT.AV : 08/2026 P.P.V. 89,20, LOT N°: HL 0823 89,20
- Sixth item: UT.AV : 08/2026 P.P.V. 89,20, LOT N°: HL 0823 89,20

REVEAL SARL
PHARMACIE CHIFA
10 Ave. Afghanistan
Hay Hassani - Casablanca
Tél.: 0522 90 77

Total TTC = 504.60

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : CINQ CENT-QUATRE DHS 60 CTS

Bon rétablissement

Pharmacie CHIFA
10 Ave Afghanistan