

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

20323

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1224 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HDOUCHE AHMED

Date de naissance : 27-6-48

Adresse : 60 RUE IBNOU HALAFIA RES-KENZA

2000 ET APPT 3 - BOURGOGNE

Tél. : 06.66.80.92.25 Total des frais engagés : 649,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ABADAN TOURIA Age : 70 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 : CASABLANCA Le : 24/04/2024

Signature de l'adhérent(e) : JAD



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>PHARMACIE DES ENFANTS Dr. BOUJADA Nadia 34, Rue Ibnou Jahir - Bourgogne Tél: 0522 20 90 44 - Casablanca</i>	23/04/24	649,15

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
	DEBUT D'EXECUTION			MONTANTS DES SOINS
	FIN D'EXECUTION			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	DATE DU DEVIS			MONTANTS DES SOINS
	DATE DE L'EXECUTION			COEFFICIENT DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE DES ENFANTS

34, RUE IBNOU JAHIR .BOURGOGNE AL ANK

DR EN PHARMACIE
De La Faculté de Pharmacie
Université Libre de Bruxelles

R.C : Patente:35652327
T.V.A : C.N.S.S:2172310
Tél : 0522 209044

Le 23/04/2024

FACTURE N°632937

N° ICE : 001808939000087

N° IF : 20702603

MME ABADAN TOURIA

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
2	BIOMARTIAL BTE/30GEL	123,00	246,00	41,00	20,00
1	LASICLIX B/20 CP	34,60	34,60		
1	CORVASAL 2 MG BTE 30 COMP	46,70	46,70		
2	IRPHI PLUS 300 MG /25 MG /30 C	160,90	321,80		



Scannez moi

LOT:2311007
FAB:11/2023
EXP:11/2026
PVC:123.00DH



Scannez moi

LOT:2311019
FAB:11/2023
EXP:11/2026
PVC:123.00DH

LOT:037
PER:22/07/2027
P.P.V :34DH60
6 118000 060468

PPV : 46 DH 70

160,00→

160,00→

TOTAL T.T.C :

649,10

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant
			246,00	41,00

Arrêté la présente facture à la somme de :
Six Cent Quarante Neuf Dirhams et 10 centimes