

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ééducation :

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

- 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.

54698

Déclaration de Maladie : N° P19- 0024822

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5123 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HAZMI Date de naissance :

Adresse :

Tél. 05.22.20.45.45 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

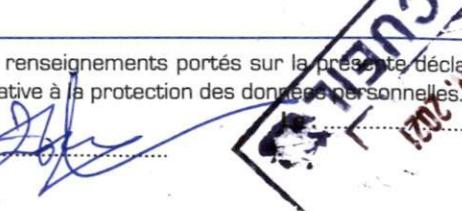
Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) : 

54698

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
Dr. Hanan BABOUCHE Avenue Tantan & Bd La Corniche ANCA - Tél. : 05 22 36 35 20	07/04/2024	5 600

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	

RELEVÉ 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

** PHARMACIE EDEN ROCK **

DR HABOUCHA HANAN

60 AVENUE TANTAN ET BD LA CORNICHE CASABLANCA

Tél : 0522363530

Patente N°: 35605992

N° R.C. : 282944

Compte :

CNSS : 6018776

Id.Fiscale : 40518759

ICE : 002057388000096

Le : 08/01/2021

ELHAZMIRI ZHOR

FACTURE :

33058

du : 08/01/2021

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	DOLIPRANE 500 MG CPS EFF / 1	15,80	15,80	7,00%
3	PERNABOL SIROP	13,50	40,50	7,00%
Total TTC		56.30		
Droits de timbre		0.14		
Net à payer		56.44		

Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQUANTE SIX DIRHAMS ET QUARANTE QUATRE CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	52,62	3,68	56,30
		52,62	3,68	56,30

PHARMACIE EDEN ROCK
Dr. Hanan HABOUCHA
60, Avenue Tantan & Bd. La Corniche
CASABLANCA - Tel.: 05 22 36 35 30

Dr. Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

Pernabol® 

Cyproheptadine 2mg/5ml

Flacon de 125 ml

P.P.V. : 13.50 DH



6 118000 190776

Dr. Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

Pernabol® 

Cyproheptadine 2mg/5ml

Flacon de 125 ml

P.P.V. : 13.50 DH



6 118000 190776

Dr. Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

Pernabol® 

Cyproheptadine 2mg/5ml

Flacon de 125 ml

P.P.V. : 13.50 DH



6 118000 190776