

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 007005 Société : RAJ

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraité

Nom & Prénom : FAHER Jamila

Date de naissance :

Adresse : Habituelle

Tél. : 0668451400 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 : CASA BLANCA

Le : 02/10/12023

Signature de l'adhérent(e) : Fay

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nom et Cognac	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
	02/01/23	441,40

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	02/01/23		

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	Indiquant la nature des soins.
Import Veuillez	6 118001 102020 Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH
	6 118001 102020 Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH
	6 118001 102013 Levothyrox® 50µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 13,40 DH
	SOINS DENTAIRES
	Traitées
	Soins
	CO DI 7862160336
	6 118001 102013 Levothyrox® 50µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 13,40 DH
	7862160336
	6 118001 102006 Levothyrox® 25 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 6,80 DH
	7862160335
	MONTANTS
	* VIGNETTE NEBILET® 5mg 28 comprimés PPV 87DH50
	VIGNETTE NEBILET® 5mg 28 comprimés PPV 87DH50
	* VIGNETTE NEBILET® 5mg 28 comprimés PPV 87DH50
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G
	B
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	MONTANTS DES SOINS
	DATE DU DEVIS
	DATE DE L'EXECUTION
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE LE GALIEN

77 Rue de Rome Mers Sultan. CP20409 Casa

R.C :372926

Patente:34450900

T.V.A :40151144

C.N.S.S:7666805

Tél :0522-80-67-87

Le 02/01/2023

FACTURE N°814659

N° ICE : 000521790000047

FAHER JAMILA

N° IF : 40151144

SANS ADRESSE

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	LEVOTHYROX 50 X 28 CP	13,40	40,20	2,63	7,00
1	LEVOTHYROX 25 X 28 CP	6,80	6,80	0,44	7,00
3	CARDIO-ASPIRINE 100 MG X 30 CP	27,70	83,10		
3	NEBILET X 28 CP	87,50	262,50		
2	LEVOTHYROX 100 X 28 CP	24,40	48,80	3,19	7,00
TOTAL T.T.C :					
441,40					

Nbr Articles	TVA 7% Base :	95,80	Montant :	6,26	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	--	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Quatre Cent Quarante Un Dirhams et 40 centimes.