

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 AID 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.



Déclaration de Maladie

Nº W21-616648

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>2459</u>		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>EL OUIJANI</u> / <u>MOHAMED</u>			
Date de naissance : <u>A 6 3 4 7 0</u>			
Adresse :			
Tél. : <u>0600362487</u>		Total des frais engagés : <u>43,50</u>	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<p>Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin :</p> 	
<p>Date de consultation :</p>	
<p>Nom et prénom du malade :</p>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
<p>Nature de la maladie :</p>	
<p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p>	
<p>Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous p_lconfidential à l'att_{ention} du médecin conseil de la Mutuelle.</p>	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA DÉCOUVRE 10, AV. Mousquetaire - 75011 PARIS Tél. : 01 43 23 22 22 - Fax : 01 43 23 22 23 Site Internet : www.pharmacie-de-la-decouvre.com	87/09/2003	43,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de tr

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the HGBS system. At the top, the letter 'H' is positioned above a vertical arrow pointing upwards. Below it, the letter 'D' is positioned to the left of a horizontal arrow pointing to the left. At the bottom, the letter 'B' is positioned below a vertical arrow pointing downwards. The central feature is a circular arrangement of numbered circles representing the HGBS matrix. The numbers are arranged in a pattern: top row (inner), 1, 2, 1, 2; middle row, 3, 2, 3, 4; inner circle, 5, 4, 5; bottom row, 6, 5, 6; outer ring, 7, 6, 7; outer ring, 8, 7, 8; bottom row, 8, 7, 8; outer ring, 8, 7, 8; inner circle, 7, 6, 7; middle row, 6, 5, 6; top row (outer), 5, 4, 5; bottom row, 4, 3, 4; middle row, 3, 2, 3; top row (inner), 2, 1, 2.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**AUREOMYCINE
1%**

LOT:20059
PER:12/23
PPU:100H00

DEVID

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



PHARMACIE DE LA DECOUVERTE

LOTIS AL MOUSTAKBAL Lot N°7 SIDI MAAROUF

Docteur en pharmacie
UNIVERSITE DE LIEGE
BELGIQUE

R.C :325695 Patente:36167275
T.V.A :15250952 C.N.S.S:6181242
Banque:BMCI 0137800110401384100187
Tél :0522973223

Le 28/05/2023

FACTURE N°1044894

N° ICE : 001687646000084

N° IF : 15250952

ELOUJANI MED

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	DOLIPRANE 500 MG 20 CPS	10,30	10,30	0,67	7,00
1	AUREOMYCINE PROMO OPHT	10,00	10,00	0,65	7,00
1	BOURGET INOSIT 20 CPS	23,20	23,20	1,52	7,00

PHARMACIE DE LA DECOUVERTE
Lot. Al Moustakbal, Lot. N° 7
Route 109, Sidi Maarouf - Casablanca
Tél. : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46

TOTAL T.T.C : **43,50**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	2,84	TVA 20% Base :	Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :
Quarante Trois Dirhams et 50 centimes.