

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W21-794059

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société :	
Matricule : <u>1859</u>	Nom & Prénom : <u>ANBISI Mohamed</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>A 85604</u>
Date de naissance : <u>01.01.1949</u>		Adresse : <u>Rue 6 n° 62 lot ATTADAROUIVE</u>	
Tél. : <u>06.63.66.8412</u>		Total des frais engagés : <u>750,81 Dhs</u>	
Taux TND / MAD <u>3,25</u>			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même			
Age : <u>77</u>			
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.			

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

06 DEC. 2023

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 : Casab Le : 04.12.2023

Signature de l'adhérent(e) : PS

RELEVÉ 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
<p>MF : 0186569A</p> <p>Tel : 71353788</p> <p>3A, Avenue de Peas Jnns</p> <p>PHARMACIE FAIZA Ben Slimane</p> <p>LE RESIDENCE ANNEX BRAOUI</p>	<p>06/11/2023</p> <p>04/12/23</p>	<p>50,710</p> <p>T : 592,00</p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<hr/>	
00000000	00000000
25533411	11423553

[Création, remont, adjonction]

Émotionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE BEN SLIMENE FAIZA
34 AV. PARIS
1000 TUNIS

Tel.: ..

Identif CNAM : 1/13554/71

Date : 06/11/2023

Patient(e) : ANBI MOHAMMED

000000 APROVASC 150MG /5MG B/30 COMP 1 x 50 710 = 50 710

Total Ordonnance 50.710 Dinars

Arrêtéé l'Ordonnance à la somme de :
Cinquante Dinars Sept Cent Dix Millimes

Merci de votre visite
BONNE SANTE

APROVASC 150/5 mg
30 comprimés
PPT: 50,470+0,240 DT

LOT:ST053A

FAB:06/2022

EXP:05/2025

MF:01865569
Tél: 71 385 878
34, Avenue de Paris
Pharmacie Ben Slimene
1000 Tunis

LOT 230747
EXP 02 2027
PPV 31.30

EXP 05 2021
PPV 31.30

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM

118001181636
PPV: 116,80 DH
Sidi Bernoussi - Casablanca
Quartier Industriel
Boulevard ALKIMIA N°6
MAPHAR
Laboratoires MAPHAR
Boulevard ALKIMIA N°6
Quartier Industriel,
Sidi Bernoussi - Casablanca
Maroc
PPV: 116,80 DH
118001181636

Le 04/12/2023

FACTURE N°546559

N° ICE : 000500237000075

N° 1E.

ANBI MOHAMMED

ICE N° :

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
APROVASC 150 mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH

6 118001 082025

TOTAL T.T.C : **592,00**

Nbr Articles TVA 7% Base : Montant : TVA 20% Base : Montant

*Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinq Cent Quatre-vingt-douze Dirhams.*