

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.

N° W21-794325

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	01859	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ANBI MOHAMMED 197191			
Date de naissance : 01.01.1849			
Adresse : Rue 6 - ne 62 lot ATTADAMOUNE			
Tél. : 06.63.66.84.10 Total des frais engagés : #628,90 Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	<input type="text"/>
Cachet du médecin :	<input type="text"/>
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/02/2024



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"/>
.....	
.....	
.....	

EXÉCUTION DES ORDONNANCES PHARMACIE RÉSIDENCE ANNAM

Sibam GUERRAQUI
Montant de la Facture : **628.90**
Date : **10/04/2019**
Bureau : **Pharmacie**
4, Résidence Abdellah Oufa
Casablanca
628.90 - Casablanca

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 en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
112	21433552
000	00000000
000	00000000
111	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates the cyclic voltammogram of a system involving hydrogen (H) and deuterium (D). The vertical axis is labeled H at the top and B at the bottom. The horizontal axis is labeled D on the left and C on the right. The plot shows two sets of redox couples. One set, labeled 'H', consists of two reversible cycles between H⁺ and H₂. The other set, labeled 'D', consists of two reversible cycles between D⁺ and D₂. The two sets are coupled by electron transfer between H₂ and D₂, indicated by arrows connecting the two systems.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
RESIDENCE ANNAIM ME4 OULFA CASABLANCA

R.C : Patente:36030100
T.V.A : C.N.S.S.6304638

Tél : 022 89 43 09

Le 24/02/2024

FACTURE N°553826

N° ICE : 000500237000075

N° IF :

ANBI MOHAMMED

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
2	CIVASTINE 10 MG/28COMP	70,00	140,00		
1	ZYLORIC 200MG COMP	29,20	29,20		
1	ZYLORIC 200MG COMP	31,30	31,30		
1	LIPANTHYL 160 MG 30 CP	116,80	116,80		
2	APROVASC 150/5 MG	155,80	311,60		

LOT 232779
EXP 09 2027
PPV 29.20 DH

LOT 231793 -
EXP 05 2027
PPV 31.30 -

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH
6 118001 082025

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH
6 118001 082025

PPV:70DH00
PER:09/25
LOT:M3067

PPV 70DH00
PER 09/25
LOT M3067

Laboratoires MAPHAR
Boulevard ALKIMIA N°6
Quartier Industriel,
Sidi Bernoussi - Casablanca
Maroc
P.P.V. : 116,80 DH
6 118001 181636

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
Biham GUERRAOUI
Dirigeant : Pharmacie
A.Résidence Annaim Oulfa
Tél: 022.89.43.00 - Casablanca

TOTAL T.T.C :

628,90

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

Arrêté la présente facture à la somme de :
Six Cent Vingt Huit Dirhams et 90 centimes.