

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.

Biologie 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.

que :

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

ducation :

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.

aire :

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.

die 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

éclamation : contact@mupras.com

ise en charge : pec@mupras.com

l'hésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

MAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

ND: 58658

Déclaration de Maladie : N° S19-0001036

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5626 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DRIHNI HASSAN Date de naissance : 18.11.60

Adresse : HAY YOUSRA Résidence Mys D Rue 3 N 20

Tél. : 06749P026 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|---|------------|-----------------------|
| P <small>HARMACIE LA GRANDE</small> D <small>ENTISTE</small> S <small>UR</small> T <small>EL: 05 22 80 57 84</small> | 10/12/2020 | 50.30 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

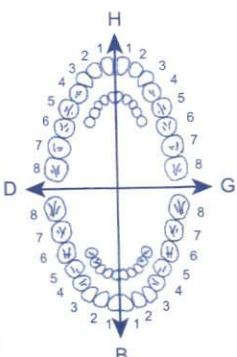
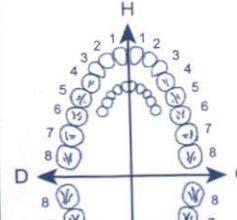
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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'

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|---|---|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
|  | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DÉBUT D'EXÉCUTION |
| | | | | FIN D'EXÉCUTION |
| O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | Coefficient des Travaux |
|  | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | B 35533411 11433553 | MONTANTS DES SOINS |
| | D 00000000 | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE EXÉCUTION |
| | | | | U PRATICIEN ATTESTANT L'E |
| | | | | |

PPV : 19DH70
PER : 09/23
LOT : J2303

CO-TRIM 20 comprimés
PPV 30DH60 EXP 12/2023 LOT 9N014 2

APAZIDE 200 Nifuroxazide ESTA



PHARMACIE LA GRANDE CEINTURE

99 Hay Adil Bd Grand Ceinture

R.C :387056

Patente:31912922

T.V.A :

Tél :0522.605784

Le 10/12/2020

FACTURE N°199581

N° ICE :

DRIHMI HASSAN

N° IF :

1

ICE N° :

| Qté | Désignation | PPV Unitaire | Total BRUT | Dont TVA | % Taux |
|-----|-----------------------|--------------|------------|----------|--------|
| 1 | APAZIDE 200 MG 16 GES | 19,70 | 19,70 | 1,29 | 7,00 |
| 1 | CO TRIM 20CP AD | 30,60 | 30,60 | 2,00 | 7,00 |

TOTAL T.T.C :

50,30

| | | | | | |
|--------------|---------------|-------|----------------|----------------|---------|
| Nbr Articles | TVA 7% Base : | 50,30 | Montant : 3,29 | TVA 20% Base : | Montant |
|--------------|---------------|-------|----------------|----------------|---------|

Arrêté la présente facture à la somme de :

Cinquante Dirhams et 30 centimes.