

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 |

| | | |
|---|--|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | |
| Matricole : 1002 Société : | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : AGAR OTMANE | | |
| Date de naissance : 1948 | | |
| Adresse : 95 Rue El Ouedane Agpt 5743 | | |
| Tél. : 0612533331 Total des frais engagés : 32,94 Euros | | |

| | |
|---|---|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Date de consultation : / / | |
| Nom et prénom du malade : | |
| Lien de parenté : | <input 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'adhérent ou au médecin conseil de la Mutuelle. | |



Age:
 Conjoint Enfant
 18 FEV 2020
 ACCUEIL

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

Fait à : CASA Le : 11/12/149

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : [] [] [] [] [] [] |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du ~~PHARMACIE DU CENTRE~~ Date

~~PHARMABEST~~
Dr Julien YAICHE
912013877
180 Av Fr MITTERRAND
C CIAL CARREFOUR
91200 ATHIS MONS
01 69 38 23 26

Montant de la Facture

16.02.20 100,30 €
32,94 €

pharmacieathismons@gMAIL.COM - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | 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 canalaire, ainsi que le bilan d'exploration.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Cœfficient |
|-----------------|----------------|------------------|-------------------------------|
| | | | INP : [] [] [] [] [] [] |
| | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX [] |
| | | | MONTANTS DES SOINS [] |
| | | | DEBUT D'EXECUTION [] |
| | | | FIN D'EXECUTION [] |
| | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX [] |
| | | | MONTANTS DES SOINS [] |
| | | | DATE DU DEVIS [] |
| | | | DATE DE L'EXECUTION [] |

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT
MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| B | | |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel: Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dorcteur Hassan EL GHOMARI
Professeur à la F.M.P.C

Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition & Croissance
Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc
de Montréal - Canada



الدكتور حسن الغماري

أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة
أخصائي أمراض الغدد - داء السكري
التغذية والنمو
طبيب سابق بمستشفى سان لوك
مونتريال - كندا

Casablanca, le : 11/12/19

الدار البيضاء، في :

Mr. AJAL Otmane

BANDELETTES

32,94 € 2 ANALYSES / JOUR pendant 3 Mois

LANCETTES

REF 07203233038



1172861

Autocontrôle du sucre dans le sang,
ROCHE,
cassette Accu-Chek Mobile 100

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual
et Abdelmoumen N°313 - Casa - Tél : 05 22 86 14 14

مركز عبد المؤمن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المؤمن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء
Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca
الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44
E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr - البريد الإلكتروني : Tél.

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

SELAS PHARMACIE YAICHE

M. Yaiche

180^e Avenue François Mitterrand Centre Com
91200 ATHIS MONS
TEL : 01 69 38 23 26
SIRET : 49836827300021
TVA : FR84498368273

Facture n°

1014303



Le 14/02/2020

| Produit | TVA | Qté | Px brut HT | Remise | Px net HT | Montant HT | Px net TTC | Montant TTC |
|---|------|-----|------------|--------|-----------|------------|------------|-------------|
| 4015630064779 ACCU CHEK MOBILE CASSETTE 2X50 | 5.50 | 1 | 31.2227 | | 31.2227 | 31.2227 | 32.94 | 32.94 |

| | Montant TVA | Montant HT | Montant TTC |
|------------|-------------|------------|-------------|
| TVA 5.50 % | 1.72 | 31.22 | 32.94 |
| Total | 1.72 | 31.22 | 32.94 |

NET A PAYER TTC

32.94 Euros

En cas de non paiement à la date d'échéance indiquée, l'acheteur sera de plein droit redevable de l'application d'un intérêt de retard calculé sur l'intégralité des sommes restant dues, intérêt d'un montant égal à deux fois le taux d'intérêt légal. Mention de l'indemnité forfaitaire de 40e. Pour frais de recouvrement en cas de retard de paiement.