

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2091 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENAMA R DINA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-047932

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Bases des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important:

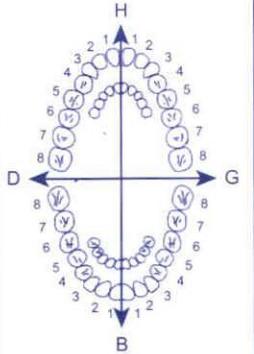
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(réation, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
					Coefficient des travaux
					Montant des soins
					Début d'exécution
					Fin d'exécution
					Coefficient des travaux
					Montant des soins
					Date du devis
					Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle 2091
DECLARATION N°	P 17 / 0060346	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
15/05/2020	258,95	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 17 / 0060346

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 2091

Nom & Prénom : BENAMAR DIVA

Fonction : / Phones : /

Mail : /

MEDECIN

Prénom du patient : DIVA

Adhérent Conjoint Enfant Age : /

Date : /

Nature de la maladie : /

Date 1ère visite : /

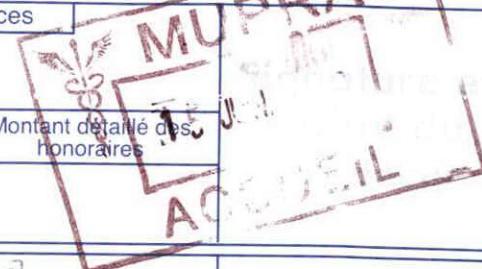
Prélevements divers

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances : /

Nature des actes : /

Nbre de Coefficient : /

Montant détaillé des honoraires : /



PHARMACIE

Date : 14/05/20

Montant de la facture : /

25
Hilal Ham JAHADI
116 Rue Jilali El Ouh
Tél: 0522980906 - Case

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : /

Désignation des Coefficients : /

Montant détaillé des Honoraires : /

CACHE

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : /

Nombre : /

AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires : /

CACHE

BREXIN

Piroxicam

Composition :

Proxicam
(sous forme de piroxicam beta-cyclodolamine)

Excipients (dont lactose et aspartame) q.s.p.....

Propriétés :
Anti-inflammatoire non stéroïdien du groupe des oxicams.

Indications :
Elles sont limitées chez l'adulte et l'enfant à partir de 15 ans.

Traitement symptomatique au long cours :

100 mg



AstraZeneca

FAB. JUN-19th
EXP. MAY-22
LOT ZCRF

PPV 150H80
PER 10/22
LOT 2468

S2
15,80

AZ® 500 mg

Althromycine

Boîte de 3 comprimés

PPV : 60.00 DH

6 118000 190097

45X20100
4

PHARMACIE UNIVERS SANTE

JAMALI HICHAM

116. RUE JILALI EL OUFIR.MAARIF

Tél : 0522980906

Patente N°: 35804412
 N° R.C. : 372532
 Compte :
 CNSS : 7486120
 Id.Fiscale : 40806570
 ICE : 000832888000019

Le : 14/05/2020

DINA BEN AMAR

FACTURE : 86794 du : 14/05/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	AZ CPS	60,00	60,00	7,00%
1	BREXIN/ 20 CPS EFFER	100,40	100,40	7,00%
1	DOLIPRANE 1G/EFFER	15,80	15,80	7,00%
1	INEXIUM 20MG	82,10	82,10	7,00%
Total TTC		258,30		
Droits de timbre			0,65	
Net à payer			258,95	

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT CINQUANTE HUIT DIRHAMS ET QUATRE-VINGT QUINZE CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	241,40	16,90	258,30
		241,40	16,90	258,30

A handwritten signature "Dina Ben Amar" is written over a circular stamp. The stamp contains the text "PHARMACIE UNIVERS SANTE" at the top, followed by "JAMALI HICHAM" and "116. RUE JILALI EL OUFIR.MAARIF" around the center, and "Tél : 0522980906" at the bottom.