

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

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 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° W21-612552

73494

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule

MSF

Société

RAM. Cent. Int'l. Afca. Dioria

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAMAYED El Mili RAFIK

Date de naissance :

27/08/39

Adresse : 11 Rue de la Fer Blanche - Anfa - Casablanca

Tél. : 0645315315

Total des frais engagés : 805,80 DH

Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

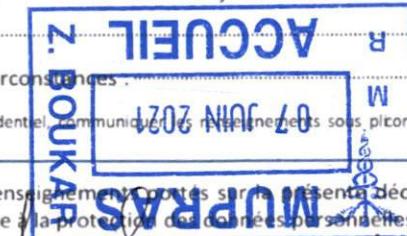
Conjoint

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 contenus sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01.06.21	805,80

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.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td>G</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		G	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
D	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
B		G																		
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

PHARMACIE RAIS
OMAR RAIS
62 RUE DE LA MER BALTIQUE AIN DIAB CASA

Tél : 022798152

Patente N°: 35604599
N° R.C. : 280638
Compte : 007780000693500030000953
CNSS : 615553610
Id.Fiscale: 40600267
ICE : 000442920000096

Le : 01/06/2021

MR RAFIK HAMAYED

FACTURE : 7568 du : 01/06/2021

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
6	CO-VEPRAN 150MG/12.5MG/28	134,30	805,80	0,00%
Total TTC				805.80
Droits de timbre				0.00
Net à payer				805.80

Arrêtée la présente facture à la somme de : **HUIT CENT CINQ DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS**

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	805,80	0,00	805,80
		805,80	0,00	805,80

PHARMACIE RAIS
Omar RAIS
62 Rue de la Mer Baltique
Ain Diab - Casablanca - Maroc
Tél : 022798152 - Fax : 02271102



Hôpital européen Georges-Pompidou

ASSISTANCE
PUBLIQUE HÔPITAUX
DE PARIS

20, rue Leblanc
75908 PARIS Cedex 15

Tél. : 01 56 09 20 00

Pôle Cardio-Vasculaire

Professeur Emmanuel MESSAS

Professeur des Universités

Cardiologue – FACC, FESC

Past Research fellow Harvard Medical School

e-mail : emmanuel.messas@aphp.fr

Secrétariat : 01.56.09.37.55
Fax : 01.56.09.30.65

RAFIK HAMAYED

COAPROVEL 150/12.5 1/J

134,80 x 6

VALIDABLE 6 MOIS

Fait à Paris le 20 10 2020

Professeur Emmanuel MESSAS
HÔPITAL EUROPÉEN GEORGES POMPIDOU
Professeur de Cardiologie - Pôle Cardio-Vasculaire
Chef de Service - Pole de Cardiologie Vasculaire
20, Rue Leblanc 75908 PARIS cedex 15
Tél. : 01 56 09 37 55
N° RPPS : 10003744793

