

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

ladie 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 caractére personnel.

MUPRAS : 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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

76075

Déclaration de Maladie : N° P19- 0006552

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07005

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FAHÉR Jamila Date de naissance :

Adresse : Habiluelle

Tél. : 668451400 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MLD

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/06/2021

Fay

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et	Montant détaillé	Signature du Médecin
Cardioaspirine 100 mg/30cpls Acide acétylsalicylique P.P.V. : 27,70 DH Bayer S.A.	Cardioaspirine 100 mg/30cpls Acide acétylsalicylique P.P.V. : 27,70 DH Bayer S.A.	O	* VIGNETTE NEBILET® 5mg 28 comprimés PPV 87DH50	 6 118001 102020 Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH

EXECU 6 118001 090280 ANNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/06/2021	380,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires	
 6 118001 102020 Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH	7862160342	* VIGNETTE NEBILET® 5mg 28 comprimés O PPV 87DH50	 6 118001 102020 Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH	7862160342

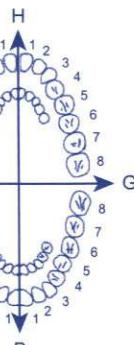
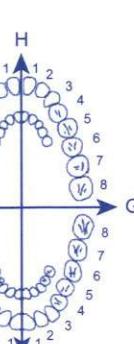
CAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE LE GALIEN

77 Rue de Rome Mers Sultan. CP20409 Casa

R.C :372926

Patente:34450900

T.V.A :40151144

C.N.S.S:7666805

Tél : 0522-80-67-87

Le 26/06/2021

FACTURE N°711212

N° ICE : 00052179000047

N° IF : 40151144

FAHER JAMILA

SANS ADRESSE

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
2	NEBILET X 28 CP	87,50	175,00		
5	LEVOTHYROX 100 X 28 CP	24,40	122,00	7,98	7,00
3	CARDIO-ASPIRINE 100 MG X 30 CP	27,70	83,10		

TOTAL T.T.C :

380,10

Nbr Articles	TVA 7% Base :	122,00	Montant :	7,98	TVA 20% Base :		Montant
---------------------	----------------------	---------------	------------------	-------------	-----------------------	--	----------------

*Arrêté la présente facture à la somme de :
Trois Cent Quatre-vingt Dirhams et 10 centimes.*