

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

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.

Optique :

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

Education :

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 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.

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 caractére personnel.

87161

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2091 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DINA BENANAR

Date de naissance : 23/07

Adresse : 6, Rue Ennasar Al Harrach Casablanca

Tél. : 0669 373031 Total des frais engagés : 303,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/10/21

Nom et prénom du malade : BENANAR DINA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Tension

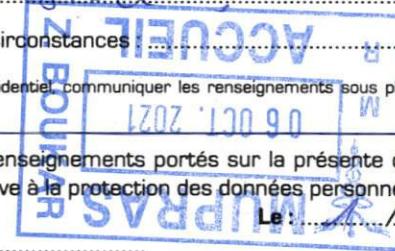
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 : Casa Le : 11/10/21

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

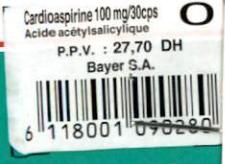
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	1/10/21	303,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	



Lot n° :

EXP :

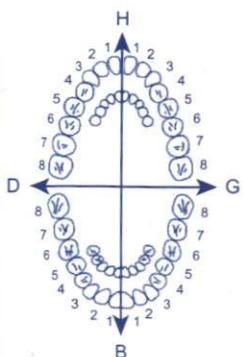
PPV : 55DH50

HONORAIRES

qué en indiquant la nature des soins.

soit le traitement canalaires, ainsi que le bilan

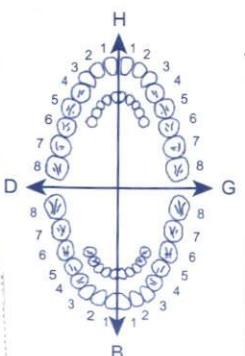
SOINS DENTAIRES



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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 UNIVERS SANTE
JAMALI HICHAM
116. RUE JILALI EL OUFIR.MAARIF

02/10/2021

Tél : 0522980906

benamar dina

092056 753

pharmacie univers sante
jamali hicham
116 rue jilali el oufir
tél: 0522980906
date: 02/10/21

FACTURE N° : 12796

du

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	CARDIOASPIRINE	27,70	27,70	7%
1	CORPRIL 5MG/ 30 GELULES	55,50	55,50	0%
1	AVLOCARDYL 40MG	41,80	41,80	7%
2	AMLOR 5MG/ 28 CPS	89,20	178,40	7%

Total TTC	303,40
Droits de Timbre	0,00
Net à Payer	303,40

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
TROIS CENT TROIS DIRHAMS ET QUARANTE CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	231,68	16,22	247,90
0%Ar91	0,00	55,50	0,00	55,50
		287,18	16,22	303,40



22/09/2021 - 22/09/2021
Pharmacie Univers Sanite
Jamali Hicham
116 Rue Jilali El Oufir
Casablanca
Maroc

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC 850
P.P.V : 41DH80
LOT : 21E004
PER : 02/2024
6 118668 018227