

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-677701

No No X
No No X

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé au adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 8571 | Société : | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : A LITILALI HASSAN | | | |
| Date de naissance : 29.07.68 | | | |
| Adresse : 12 Avenue ISMAÏL BEN ABDELLAH MARRAKCHI Rabat | | | |
| Tél. : 06 63 56 53 64 | | | Total des frais engagés : 86,70 Dhs |

| | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019 | 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"/> Age: / | | |
| <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'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 : / /

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation contact@mupras.com
- 0 Prise en charge pec@mupras.com
- 0 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.

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 : [REDACTED] |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Pharmacie Najo F 76420 - 05/01/2014 Dernier remboursement Tél 05 42 25 80 64 | 05/01/2014 | 66,70 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

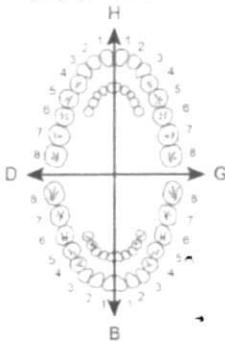
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

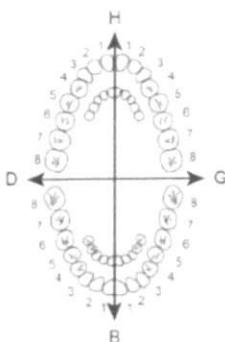
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

PHARMACIE NAJD PALMIER S.A.R.L

1 BIS RUE IBNOU CHAHID CASABLANCA

Tél : 022256064

Patente N°: 34774549

N° R.C. : 341937

Compte :

CNSS : 1593343

Id.Fiscale : 18731357

ICE : 001523379000065

Le : 05/01/2022

MR EL HILALI HASSAN

FACTURE : 478 du : 05/01/2022

| Qté | Désignation | Prix PPV | Montant | TVA |
|------------------|--------------|----------|---------|--------|
| 1 | ENROUEX CPS | 42,80 | 42,80 | 20,00% |
| 1 | POLERY SP AD | 23,90 | 23,90 | 7,00% |
| Total TTC | | 66.70 | | |
| Droits de timbre | | 0.11 | | |
| Net à payer | | 66.81 | | |

Arrêtée la présente facture à la somme de : SOIXANTE SIX DIRHAMS ET QUATRE-VINGT UN CTS

| | Taux | HT | TVA | TTC |
|--------|-------|-------|------|-------|
| 7.00% | 7,00 | 22,34 | 1,56 | 23,90 |
| 20.00% | 20,00 | 35,67 | 7,13 | 42,80 |
| | | 58,00 | 8,70 | 66,70 |

LOT:572
PER:03/24
PPV:23,90DH

ENROUEX®

Propolis - Vitamine C
Eucalyptus - Echinacea - Gingembre

LOT 21181/FC18

06/2024 FPC 42.80

ENROUEX est composé de plantes dont les propriétés sont bénéfiques pour la gorge et les voies respiratoires.

Pharmacie Najd Palmer
1 BIS, Rue Ibnou Chahid
Dort Général - Casablanca
Tél 05 22 25 80 64

