

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

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.



Declaration de Maladie

Nº W21-658258

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5623		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	107056
Nom & Prénom : ASSAD, jaminie			
Date de naissance : 19/10/61			
Adresse :			
Tél. 06 63 07 54 49		Total des frais engagés : 190,00	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<p>Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>			
<p>Date de consultation :</p>			
<p>Nom et prénom du malade :</p>			
<p>Lien de parenté :</p>	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfan
<p>Nature de la maladie :</p>			
<p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p>			
<p>Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel à l'att médecin conseil de la Mutuelle.</p>			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/02/22	190,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

PHARMACIE MERIEUX
DR NOUREDDINE IBA
311 BD ABDELMOUMEN CASABLANCA

17/02/2022

Tél : 022860570

MME ASSAD JAMILA

FACTURE N° : 6870

du 17/02/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	ON CALL EXTRA 50 BANDELETTES	190,00	190,00	20%
Total TTC				190,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
CENT QUATRE-VINGT DIX DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
20.00%	20,00	158,33	31,67	190,00
		158,33	31,67	190,00

PHARMACIE MERIEUX
DR NOUREDDINE IBA
311 BD ABDELMOUMEN CASABLANCA
Tél : 022860570

ACON

Distributeur exclusif

1996-1997

Close Test Strips

©n-Call Plus

—19.11.0

On-Call® Plus Blood Glucose Test Strips

REMBOURSÉ
par la
MUTUELLE

On-Call® Plus
Blood Glucose Test Strips

Blood Glucose Test Strips

lot 1691477
2022-11-18

012

For testing glucose in whole blood
using the *One Call™ Plus* and *One Call™ EZ* blood glucose meters.

109

A rectangular logo containing the text 'CE REP' in a black box, followed by 'MDS GmbH' on the first line, 'Schrifgraben 41' on the second line, and '80175 Hanover, Germany' on the third line.

www.aconlabs.com
San Diego, CA 92121, USA

ACON Laboratories, Inc.
5850 Oberlin Drive #340

2022-11-18
1691477