

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07005 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FAHER

Jamila

Retraité

Date de naissance :

Adresse : Habilallah

Tél. : 06 68 45 11 00 Total des frais engagés : Dhs

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

Fait à : CASA

Le : 01.10.51.22

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
17/05/2022				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/05/2022	578,20

ANALYSES RADIOGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.	
<p>* VIGNETTE NEBILET® 5mg 28 comprimés O PPV 87DH50</p> <p>SOINS DENTAIRES</p> <p>Cardioaspirine 100 mg/30cps Acide acétysalicylique P.P.V. : 27,70 DH Bayer S.A.</p> <p>6 118001 090280</p> <p>EFF 6 118001 102020 Levthyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH</p> <p>EFF 6 118001 102020 Levthyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH</p> <p>EFF 6 118001 102020 Levthyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH</p> <p>EFF 6 118001 102020 Levthyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH</p> <p>EFF 6 118001 102020 Levthyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH</p> <p>EFF 6 118001 102020 Levthyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH</p> <p>EFF 6 118001 102006 Levthyrox® 25 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 6,80 DH</p> <p>* VIGNETTE NEBILET® 5mg 28 comprimés O PPV 87DH50</p>	
<p>IN de l'ODF.</p> <p>VI</p> <p>V 136132/01</p> <p>VI 136132/01</p> <p>VII 136132/01</p> <p>VIII 136132/01</p> <p>IX 136132/01</p> <p>X 136132/01</p> <p>XI 136132/01</p> <p>PROTH</p> <p>MI</p> <p>CC 6 118001 102006 Levthyrox® 25 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 6,80 DH</p> <p>DE</p> <p>FIN</p> <p>D'E</p> <p>D'EXECUTION</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>	
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

7/20

R.C :372926

Patente:34450900

T.V.A :40151144

C.N.S.S:7666805

Tél :0522-80-67-87

Le 01/05/2022

FACTURE N°775723

N° ICE : 00052179000047

FAHER JAMILA

N° IF : 40151144

SANS ADRESSE

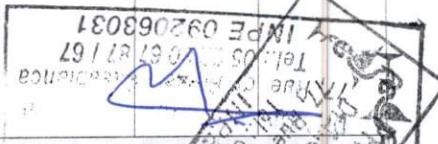
ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	CARDIO-ASPIRINE 100 MG X 30 CP	27,70	83,10		
9	LEVOTHYROX 100 X 28 CP	24,40	219,60	14,37	7,00
2	LEVOTHYROX 25 X 28 CP	6,80	13,60	0,89	7,00
3	NEBILET X 28 CP	87,50	262,50		

1 Nebilet Bt 28

87,50

PHARMACIE
Le GALIEN
77 Rue de Rome
Mers Sultan
CP20409 Casa
Tél. 05 22 80 67 87
Fax 05 22 80 67 87
TVA 7% Base : 233,20 Montant : 15,26 TVA 20% Base : 578,80



TOTAL T.T.C :

578,80

Nbr Articles	TVA 7% Base :	233,20	Montant :	15,26	TVA 20% Base :
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinq Cent Soixante-dix Huit Dirhams et 80 centimes.



578,80