

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.

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.

N° W19-600356

124295

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2630

Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : HUML

Autre :

MOTIHAMMED

Date de naissance : 01 . 07 . 58

Adresse : ZKAOURA N° 83 Rue OS AIN CHOEK 0050

Tél. : 06 31 87 28 18 Total des frais engagés : 532 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

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 : 21 , 07 , 22

050
H. HAKANI

ACCUEIL
MUPRAS
01 AOUT 2012

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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>Dr. Maja Hauz</i> <i>93 Dabla Hay Inay</i> <i>Laingue Doba Casablanca</i> <i>55K - 05-21-21</i>	21/07/22	532,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 l'ODF.



PHARMACIE CITE ADDAMANE

CASA

DOCTEUR EN PHARMACIE

R.C :293628

Patente:34024156

T.V.A :

C.N.S.S:291504

Banque:BMCE 011794000027210000019514

Tél :022213499

28,00

Le 21/07/2022

FACTURE N°831134

N° ICE : 001669845000076

N° IF : 51010740

28,00

HILALO FATIMA

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
3	APADEX LP 1.5 MG /30CP	29,30	0,00	29,30	87,90		87,90	5,75	7,00
3	AMAREL 3MG/30CO	92,10	0,00	92,10	276,30		276,30		
6	GLUCOPHAG 1000 MG/30	28,00	0,00	28,00	168,00		168,00		

LOT 191699
EXP 11/2022
PPV 28.00DH

AMAREL 3MG
CP B30
LOT : 21E001
PER.:01 2024
P.P.V : 92DH10



LOT 191912
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

AMAREL 3MG
CP B30
LOT : 191912
PER.: 04 2022
P.P.V : 92DH10



28,00

AMAREL 3MG
CP B30
LOT : 06 2021
PER.: 06 2022
P.P.V : 92DH10



28,00

29,30

Pharmacie Cité Addamane
Dr. Majda HACHAMI
Bd Dakhla Hay Inara Résidence
Addamane Doh - Casablanca
Tél. Mar : 0522 21 34 99

- 29,30

- Remise

0,00

= NET TTC

532,20

DROIT TIMBRE 0.25%

Nombre d'Articles : 3

TVA 7% Base :

82,14

Montant :

5,73

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinq Cent Trente Deux Dirhams et 20 centimes.