

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

- 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.

7LD N° P19- 066332

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 007005

Société : RAO

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : FAHIER

Jamilia

REGUYS

Date de naissance :

Adresse : Habitation

Tél. : 06 68 45 14 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 : 01/09/2022

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
PHARMACIE DE L'AMOUR	01/09/22	58340

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	

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

Le praticien est prié

Import
Veuillez

SOIN
Date

6 118001 090280

matiqué en indiquant la nature
Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

6 118001 090280

ET HONORAIRES

Cardiaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

V13613201

D 6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

V14097701

D 6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

V14097701

D 6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H

25533412 21433552

00000000 00000000

00000000 00000000

35533411 11433553

B

D

G

25533412 21433552

00000000 00000000

00000000 00000000

35533411 11433553

B

D

G

25533412 21433552

00000000 00000000

00000000 00000000

35533411 11433553

B

D

G

25533412 21433552

00000000 00000000

00000000 00000000

35533411 11433553

B

D

G

25533412 21433552

00000000 00000000

00000000 00000000

35533411 11433553

B

D

G

25533412 21433552

00000000 00000000

00000000 00000000

35533411 11433553

B

D

G

25533412 21433552

00000000 00000000

00000000 00000000

35533411 11433553

B

D

G

25533412 21433552

00000000 00000000

00000000 00000000

35533411 11433553

B

D

G

25533412 21433552

00000000 00000000

00000000 00000000

35533411 11433553

B

D

G

25533412 21433552

00000000 00000000

00000000 00000000

35533411 11433553

B

D

G

25533412 21433552

00000000 00000000

00000000 00000000

35533411 11433553

B

D

G

25533412 21433552

00000000 00000000

00000000 00000000

35533411 11433553

B

D

G

25533412 21433552

00000000 00000000

00000000 00000000

35533411 11433553

B

D

G

25533412 21433552

00000000 00000000

00000000 00000000

35533411 11433553

B

D

G

25533412 21433552

00000000 00000000

00000000 00000000

35533411 11433553

B

D

G

25533412 21433552

00000000 00000000

00000000 00000000

35533411 11433553

B

D

G

25533412 21433552

00000000 00000000

00000000 00000000

35533411 11433553

B

D

G

25533412 21433552

00000000 00000000

00000000 00000000

35533411 11433553

B

D

G

25533412 21433552

00000000 00000000

00000000 00000000

35533411 11433553

B

D

G

25533412 21433552

00000000 00000000

00000000 00000000

35533411 11433553

B

D

G

25533412 21433552

00000000 00000000

00000000 00000000

35533411 114



PHARMACIE LE GALIEN

77 Rue de Rome Mers Sultan. CP20409 Casa

R.C : 372926 Patente 34450900

T.V.A : 40151144 C.N.S.S. 7666805

Tél : 0522-80-67-87

Le 01/09/2022

FACTURE N°790915

N° ICE : 000521790000047

FAHIR JAMILA

N° IF : 40151144

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	LEVOHYROX 100 X 28 CP	24,40	73,20	4,79	7,00
2	LEVOHYROX 25 X 28 CP	6,80	13,60	0,89	7,00
1	LEVOHYROX 50 X 28 CP	13,40	13,40	0,88	7,00
1	ASKARDIL 75 MG CP DIS	22,40	22,40		
4	CARDIO-ASPIRINE 100 MG X 30 CP	27,70	110,80		
4	NEBILET X 28 CP	87,50	350,00		



TOTAL T.T.C : **583,40**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	100,20	Montant : 6,56	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	--------	----------------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinq Cent Quatre-vingt Trois Dirhams et 40 centimes.