

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 radiologique doit 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.

189446

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07005

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FAHED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 84 51 400

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 : CASABLANCA

Le : 05/09/2022

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
et du Fourisseur

Date

Montant de la Facture

05/09/22

52,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM	PC	IM	IV
----	----	----	----

Montant détaillé des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				EXECUTION DES ORDONNANCES			
Le praticien est prié de faire figurer sur ce document les noms et signatures de tous les professionnels qui l'ont traité. Il doit également indiquer la nature des soins effectués et le montant total de la facture.				Le praticien est prié de faire figurer sur ce document les noms et signatures de tous les professionnels qui l'ont traité. Il doit également indiquer la nature des soins effectués et le montant total de la facture.			
LOT : 3G SACHET 830 PER : 03/09/24 P.P.V : 52DH40				SMECTA ORANGE VANILLE 3G SACHET 830			
Important : Veuillez joindre les rapports de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				Important : Veuillez joindre les rapports de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.			
INP : <input type="text"/>				INP : <input type="text"/>			
COEFFICIENT DES TRAVAUX : <input type="text"/>				COEFFICIENT DES TRAVAUX : <input type="text"/>			
MONTANTS DES SOINS : <input type="text"/>				MONTANTS DES SOINS : <input type="text"/>			
DEBUT D'EXECUTION : <input type="text"/>				DEBUT D'EXECUTION : <input type="text"/>			
FIN D'EXECUTION : <input type="text"/>				FIN D'EXECUTION : <input type="text"/>			
COEFFICIENT DES TRAVAUX : <input type="text"/>				COEFFICIENT DES TRAVAUX : <input type="text"/>			
MONTANTS DES SOINS : <input type="text"/>				MONTANTS DES SOINS : <input type="text"/>			
DATE DU DEVIS : <input type="text"/>				DATE DU DEVIS : <input type="text"/>			
DATE DE L'EXECUTION : <input type="text"/>				DATE DE L'EXECUTION : <input type="text"/>			
SOINS DENTAIRES							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES							
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE							
H : 25533412 00000000		21433582 00000000					
D : 00000000 35533411		G : 00000000 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'EXECUTION							



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 05/09/2022

FACTURE N°790920

N° ICE : 00052179000047

FAHIR JAMILA

N° IF : 40151144

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	SMECTA B30 SA	52,40	52,40	3,43	7,00



TOTAL T.T.C :

52,40

Nbr Articles TVA 7% Base : 52,40 Montant : 3,43 TVA 20% Base : Montant

*Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinquante Deux Dirhams et 40 centimes.*