

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'I
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-792937

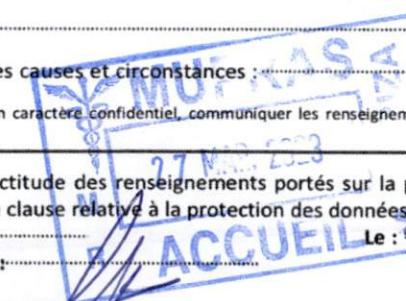
154926

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 7462		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : NABIL JAAUD		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 11 08 1963			
Adresse : 31 Av Hassan II Joubliouin Gasp			
Tél. : 0661316664		Total des frais engagés : 81,69 DHS	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade :			Age: _____
<input type="checkbox"/> Lien de parenté : _____			<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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, 27 Mars 2023
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 M. attestant le Paiement des Frais
				INP : <input type="text"/>

PHARMACIE MIMCON

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
23 MARS 2023	23/03/23	81,69
7 Av. des Martyrs de Chateaubriand 9310 ORLY - TÉL : 01 48 53 17 73		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

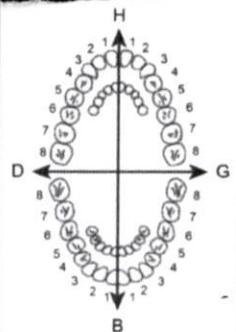
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

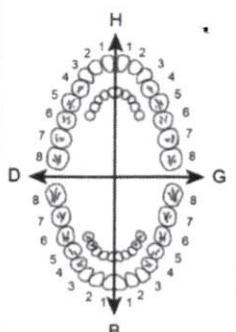
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Numéro de facture	Code client
230050534	21/03/2023

942017088

PHARMACIE OBJECTIF SANTE

M. Saffar et M. Bracke
8, place Gaston Viens
94310 ORLY VILLE
FRANCE
Tél : 01 48 53 40 88
Fax : 01 48 53 82 21
E-mail :

SIRET : 43309110500018 APE :

TVA Intracommunautaire :

CL 30002 00605 0000005614R 26

DAOUD NABIL
15 RUE LOUIS BONIN
94310 ORLY

Mode de règlement : Carte Bancaire
Echéance : 01/04/2023

Code13Réf	Désignation	Qté	HT U Brut	%Rem	HT U Net	Mt HT Net	%TVA
34009 3474419 8	KARDEGIC 75MG PDR SACH 30	3	2,7522	0,00	2,7522	8,26	2,1
34009 3932081 6	PANTOPRAZOLE MYLAN 20MG 28CF	3	5,0147	0,00	5,0147	15,04	2,1
34009 3018396 0	BISOPROLOL VIATRIS 3,75MG 30CP	3	5,0441	0,00	5,0441	15,13	2,1

Quantité totale des produits : 9

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA		
2,1%	38,43	0,00%	0,00	38,43	0,81		
						Total Net HT	38,43 EUR
						TVA	0,81 EUR
						Montant TTC	39,24 EUR
Totaux	38,43	0,00%	0,00	38,43	0,81		

Pharmacie acceptant le règlement des sommes dues par chèque, libellé à son nom en sa qualité de membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale. En cas de non paiement à la date d'échéance indiquée, l'acheteur sera de plein droit redevable de l'application d'un intérêt de retard calculé sur l'intégralité des sommes restant dues, intérêt d'un montant égal à deux fois le taux d'intérêt légal, montant auquel viendra s'ajouter une indemnité forfaitaire de recouvrement de 40 euros.

942017088 PHARMACIE OBJECTIF SANTE - 8, place Gaston Viens - 94310 ORLY VILLE

Siret: 43309110500018

APE: - CL 30002 00605 0000005614R 26 - TVA Intracommunautaire :



03400939320816

PC
SN
Lot
EXP

28K5HV8H7F
221723
08-2024

Pantoprazole

Mylan Pharma

20 mg

28 x



Voie orale

28 comprimés gast



03400939320816

PC
SN
Lot
EXP

28K5HV8H7F
221723
08-2024

Pantoprazole

Mylan Pharma

20 mg

28 x



Voie orale

28 comprimés gast



03400939320816

PC
SN
Lot
EXP

28K5HV8H7F
221723
08-2024

Pantoprazole

Mylan Pharma

20 mg

28 x



Voie orale

28 comprimés gast

PC
SN
Lot
EXP
03/2024

03400930183960
1A6TCATCK5
8138827



Bisoprolol

3,75 mg

Hémifumarate de bisoprolol
Voie orale



30 comprimés pellicul

PC
SN
Lot
EXP
03/2024

03400930183960
1A6TCATCK5
8138827



Bisoprolol

3,75 mg

Hémifumarate de bisoprolol
Voie orale



30 comprimés pellicul

PC
SN
Lot
EXP
03/2024

03400930183960
1A6TCATCK5
8138827



Bisoprolol

3,75 mg

Hémifumarate de bisoprolol
Voie orale



30 comprimés pellicul

CIP 03400934744198

EXP 10.2024

LOT FM3437



KARDEGIC® 75mg

Poudre pour solution
buvable

30 sachets-dose

CIP 03400934744198

EXP 10.2024

LOT FM3437



KARDEGIC® 75mg

Poudre pour solution
buvable

30 sachets-dose

CIP 03400934744198

EXP 10.2024

LOT FM3437



KARDEGIC® 75mg

Poudre pour solution
buvable

30 sachets-dose