

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° W21-829381

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : HASSINE AFAF		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	A 84190
Nom & Prénom : HASSINE AFAF		Date de naissance : 09/08/72	
Adresse : 14 Loti Pailloux, Dar Souagga, Casablanca		Tél. : 0662512207	
		Total des frais engagés : 210,00 EUR Dhs	

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : / /	
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** Le : **24/11/23**

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 : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

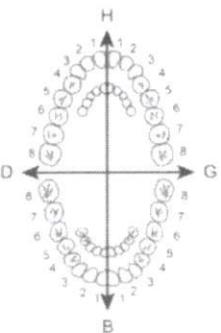
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

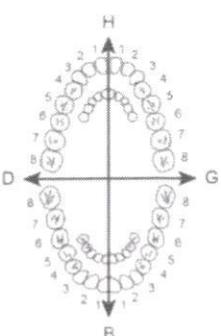
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	35533411	11433553
B		

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Facture

Numéro de facture	Date	Code client
230077352	17/11/2023	

942017575**PHARMACIE DU PORT**

Mme AN
 41, avenue Anatole France
 94600 CHOISY LE ROI
 FRANCE
 Tél : 01 48 84 74 77
 Fax :
 E-mail : pharmacieduport.choisy@gmail.com

SIRET : 90065832900017 APE : 4773Z

TVA Intracommunautaire : FR35900658329

HASSINE AAF
 VILLA 14 LOTISSEMENT PAVILLON
 20237 CASABIANCA

Mode de règlement : Carte Bancaire
 Echéance : 01/12/2023

Code13Réf	Désignation	Qté	HT U Brut	%Rem	HT U Net	Mt HT Net	%TVA
3664592000106	FREESTYLE LIBRE2 CAPTEURS	6	37,9147	0,00	37,9147	227,49	5,5

Quantité totale des produits : 6

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA	Total Net HT	227,49 EUR
5,5%	227,49	0,00%	0,00	227,49	12,51	TVA	12,51 EUR
						Montant TTC	240,00 EUR
Totaux	227,49	0,00%	0,00	227,49	12,51		

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.



CIE DU PORT
 LAS PHARMACIE AN
 France - 94600 CHOISY LE ROI
 01 48 84 74 77
 pharmacieduport.choisy@gmail.com
 942017575

facture acquittée

FreeStyle *Libre* 2



LPP: 1190296

3



Autosurveillance du glucose interstitiel

1 capteur
FREESTYLE LIBRE 2
ABBOTT

ART43478-002 Rev. A 01/21

FreeStyle *Libre* 2



LPP: 1190296

3



Autosurveillance du glucose interstitiel

1 capteur
FREESTYLE LIBRE 2
ABBOTT

ART43478-002 Rev. A 01/21

FreeStyle *Libre* 2



LPP: 1190296

3



Autosurveillance du glucose interstitiel

1 capteur
FREESTYLE LIBRE 2
ABBOTT

ART43478-002 Rev. A 01/21

FreeStyle *Libre* 2



LPP: 1190296

3



Autosurveillance du glucose interstitiel

1 capteur
FREESTYLE LIBRE 2
ABBOTT

ART43478-002 Rev. A 01/21

FreeStyle *Libre* 2



LPP: 1190296

3



Autosurveillance du glucose interstitiel

1 capteur
FREESTYLE LIBRE 2
ABBOTT

ART43478-002 Rev. A 01/21

FreeStyle *Libre* 2



LPP: 1190296

3



Autosurveillance du glucose interstitiel

1 capteur
FREESTYLE LIBRE 2
ABBOTT

ART43478-002 Rev. A 01/21