

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 à caractère personnel.

N° W21-828951

184626

Optique Au

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Société :

KERLOUDI

03/03/1963

Les Jardins de l'océan V6

DAB BOUZZA CASA

0661214142

Total des frais engagés :

308 DH

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 certifie avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 11/10/23

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 : [] |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <i>ROUTE D'OCÉAN D'ROUTE D'OCÉAN Dar Bouazza 22982 Tél : 0522 329600 RC : 399369</i> | 11/10/23 | 308,00 |
| | | |
| | | |
| | | |

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 | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

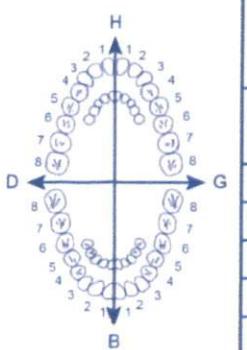
| HONORAIRES | |
|---|-----------|
| Indiquer en indiquant la nature des soins. | |
| Traitement canalaire, ainsi que le bilan de | |
| Coeficient | INP : [] |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| MONTANTS DES SOINS | |
| DEBUT D'EXECUTION | |
| FIN D'EXECUTION | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| MONTANTS DES SOINS | |
| DATE DU DEVIS | |
| DATE DE L'EXECUTION | |

HOLISTICA
 465, Ch. des Jalassières F-13510 EGUILLES - FRANCE
 Tél: (33) 04 42 95 17 17 www.holistica.fr
Distrib. Maroc : Labo Novocos
 17 rue Bab el Mansour - 20 000 Casablanca - Maroc
 Tel 212 22 94 83 74
 60 Capsules
 Net weight 44 g.
 Natural food supplement

OMEGACOEUR®
 Un produit Holistica
 A consommer de préférence avant fin : Best before
 LOT42 PROD 10/2022 EXP 10/2025
 Poids net / Net weight 44 g
 Complément alimentaire - Food supplement
 N'est pas un médicament,
 conformément à la réglementation.
 Code ACL:3401371434121 N° enregistrement Maroc : DA20149907010DMP/21/RQv2

O.D.F PROTHESES DENTAIRES
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
 H 25533412 21433552
 00000000 00000000
 D 00000000 00000000
 35533411 11433553
 B

(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



PHARMACIE LES JARDINS DE L'OCEAN

RTE D AZEMMOUR KM 15 DAR BOUAZZA

Docteur en pharmacie

R.C :399369

Patente:32960411

T.V.A :

Tél :0522 29 08 29

Le 11/10/2023

FACTURE N°279013

N° ICE : 001987906000033

N° IF : 25109233

KERMOUDI LAILA

ICE N° :

| Qté | Désignation | PPV Brut Unitaire | % Remise | PPV NET Remisé | Total BRUT | Total REMISE | Total NET TTC | Dont TVA | % Taux |
|-----|-------------------|----------------------|-------------|-------------------|---------------|-----------------|------------------|-------------|-----------|
| 1 | OMEGACOEUR 60 CAP | 308,00 | 0,00 | 308,00 | 308,00 | | 308,00 | 51,33 | 20,00 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

DROIT TIMBRE 0.25% | BRUT TTC 0,00 | - Remise 0,00 = NET TTC 308,00

| | | | | | | |
|-----------------------|---------------|---------|----------------|---------|--------|---------|
| Nombre d'Articles : 1 | TVA 7% Base : | Montant | TVA 20% Base : | Montant | 256,65 | Montant |
| Nombre d'Articles : 1 | TVA 7% Base : | Montant | TVA 20% Base : | Montant | 256,65 | Montant |