

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

PRAFROS/V2/20-10-2023

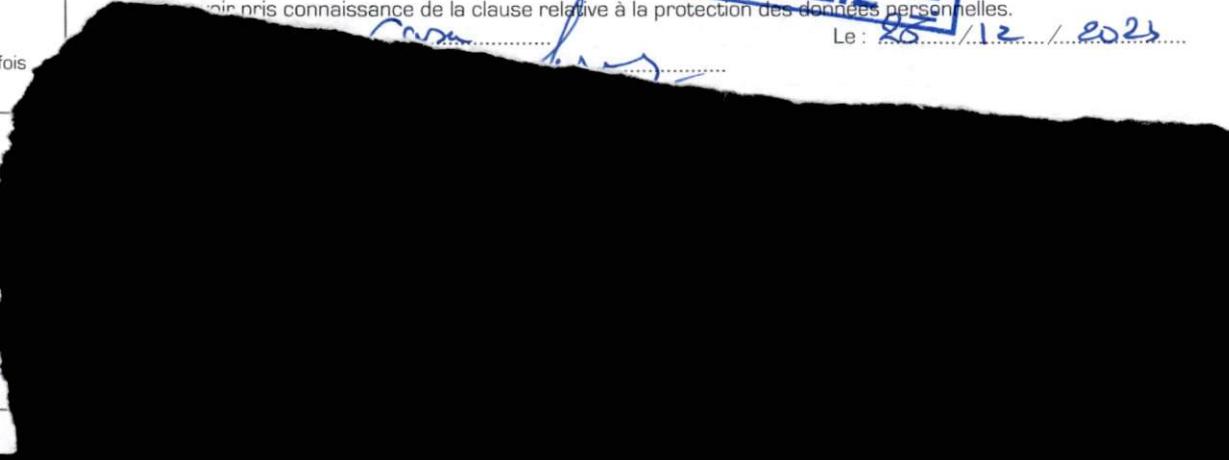
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13007		Société : RAN	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/>
Nom & Prénom : Imane FEDANE		Date de naissance : 198394	
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CMNP N° : AA-A215 / 2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : ESRAA Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : / /	
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'exacititude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : 20/12/2023



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
.	.			
.	.			
.	.			
.	.			
.	.			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
.	.	
.	.	
.	.	
.	.	
.	.	

ANALYSES - RADIGRAPHIES

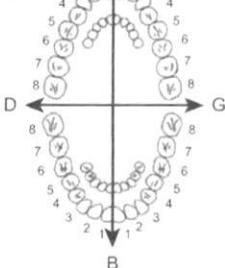
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
.	.		
.	.		
.	.		
.	.		
.	.		

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

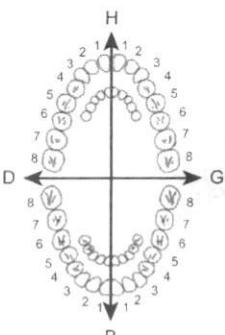
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	35533411
G	00000000	11433553



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

Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

Police N°	:	0600999848	Contractant	:	Arena Property Development
Assuré	:	Khalidi Hicham	Date de réception de la déclaration	:	05/12/2023
N° Adhésion	:	154	Date de validation	:	08/12/2023
Personne soignée	:	Khalidi Esraa	Date de survenance	:	10/10/2023
Sinistre N°	:	5811872	Déclaration N°	:	22834381A
Bordereau N°	:	939313	Médecin Traitant	:	*****

Nature de soins	Frais engagés (Dh)	Coefficient	Valeur	Base de remboursement (Dh) (a)	Frais remboursés par le premier assureur (Dh)	Taux de remboursement (b)	Frais remboursés (Dh) (c)=(a)*(b)
CONSULTATION / SPECIALISTE	300,00	NA	NA	300,00	0,00	90 %	270,00
MEDICAMENTS	508,90	NA	NA	429,00	0,00	90 %	386,10
Totaux (Dh)	808,90			729,00			656,10

Détail explicatif des soins non remboursés

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
TOUDEX	79,90	Produits non remboursables
Totaux (Dh)	79,90	

Nom du gestionnaire : OUTBOUT SARAPM

Date de l'édition : 20-12-2023

- (a) Si la nature du soin correspond à une prestation avec une valeur dé (dentaire, analyses, etc.), la base de remboursement est le produit du coefficient de remboursement par la valeur dé. Si la nature du soin ne correspond pas à une prestation avec valeur dé, la base de remboursement est issue de la Nomenclature générale des actes professionnels marocaine.
- (b) Le taux de remboursement est le taux de couverture garanti défini pour chaque prestation dans le contrat.
- (c) Les frais remboursés ne peuvent pas dépasser le solde restant du plafond général ou le solde restant du plafond de la prestation.

Facture

Numéro de facture

230086551

Date

23/10/2023

Code client

922020946

PHARMACIE DE L'ETOILE

M. Allan
 8, avenue Jean Salmon Legagneur
 92420 VAUCRESSON
 FRANCE
 Tél : 01 47 41 18 87
 Fax : 01 47 41 30 62
 E-mail : ordo.etoile@orange.fr

SIRET : 91165405100018 APE : 4773Z

TVA Intracommunautaire : FR23911654051

IBAN : FR76 30004008020001057380465 BIC : BNPAFRPPXXX

Duplicata 1

KHALIDI ESRAA
 10 ALLEE DES ORMES
 92420 VAUCRESSON

Mode de règlement : Carte Bancaire

Echéance : 01/11/2023

Code13Réf.	Désignation	Qté	HT U Brut	%Rem	HT U Net	Mt HT Net	%TVA
34009 3931236 1	SINGULAIR 4MG GLE SACH DOS 28	3	10,1273	0,00	10,1273	30,38	2,1

Quantité totale des produits : 3

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA
2,1%	30,38	0,00%	0,00	30,38	0,64

Total Net HT	30,38 EUR
TVA	0,64 EUR
Montant TTC	31,02 EUR

Totaux	30,38	0,00%	0,00	30,38	0,64
--------	-------	-------	------	-------	------

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.

922020946 PHARMACIE DE L'ETOILE - 8, avenue Jean Salmon

Siret: 91165405100018 - R.C.

APE: 4773Z - IBAN : FR76 30004008020001057380465 BIC : BNPA



Lukast
enfants de 6 mois à 5 ans

1 mg de montelukast sous forme de montelukast sodique.
des enfants
épasant pas 25°C
à l'abri de la lumière et de l'humidité.



Facture

Numéro de facture	Date	Code client
230086551	23/10/2023	

922020946
PHARMACIE DE L'ETOILE

M. Allan
8, avenue Jean Salmon Legagneur
92420 VAUCRESSON
FRANCE
Tél : 01 47 41 18 87
Fax : 01 47 41 30 62
E-mail : ordo.etoile@orange.fr

SIRET : 91165405100018 APE : 4773Z

TVA Intracommunautaire : FR23911654051

IBAN : FR76 30004008020001057380465 BIC : BNPAFRPPXXX

KHALIDI ESRAA
10 ALLEE DES ORMES
92420 VAUCRESSON

Duplicata 1

Mode de règlement : Carte Bancaire
Echéance : 01/11/2023

Code13Réf.	Désignation	Qté	HT U Brut	%Rem	HT U Net	Mt HT Net	%TVA
34009 3931236 1	SINGULAIR 4MG GLE SACH DOS 28	3	10,1273	0,00	10,1273	30,38	2,1

Quantité totale des produits : 3

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA	Total Net HT	
2,1%	30,38	0,00%	0,00	30,38	0,64	30,38 EUR	
						TVA	0,64 EUR
						Montant TTC	31,02 EUR
Totaux	30,38	0,00%	0,00	30,38	0,64		

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : <u>KHALIDI</u>	Prénom(s) du patient : <u>ESRAA</u>
Date de naissance : <u>29-4-20</u>	Lien de parenté avec l'assuré(e) : <u>Reux</u>
Nature de la maladie :	
S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :	
Fait à : <u>CASABLANCA</u>	, le <u>10/10/23</u>

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

Date des actes médicaux	Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
<u>10/10/23</u>	<u>1</u>	<u>a</u>	<u>300 DH</u>	<i>Dr. Tinebi DOUBI DIATRE Casablanca 0923251531</i>
				N° ICE _____ N° INP _____
				N° ICE _____ N° INP _____
				N° ICE _____ N° INP _____

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
<u>10/10/23</u>	<u>€ 9500</u>	<i>PHARMACIE ATMANE AGUEDACH AMAL Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri IV Casablanca</i>
<u>10/10/23</u>	<u>10,34 x 3 €</u>	<i>PHARMACIE DE L'ETOILE 8 AVENUE JEAN SALMON LEGAGNEUR 92420 Vaucresson Tel: 01 47 41 30 62 INPE: 0920002488 N° INP: 922020946</i>
<u>10/10/23</u>	<u>25,00 Dh</u>	<i>PHARMACIE DE LA SECURITE M. Driss Benchekroun 130, B.P. M. Driss 1 F: 0522 86.22.45 - Casablanca</i>

Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue
			N° ICE _____ N° INP _____
			N° ICE _____ N° INP _____
			N° ICE _____ N° INP _____
			N° ICE _____ N° INP _____

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis Nombre de séances : _____ Établi le : _____
 Facture Nombre de séances : _____ Établi le : _____

Date des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du praticien N° d'autorisation d'exercer au Maroc
	AM	PC	IM	IV		

Cadre réservé à Sanlam Maroc

Médecin conseil	Fiche dossier

