

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1345 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ABEROUCH MERYEM

Date de naissance : 30/08/1948

Adresse : Rue 810 N° 15 AL NASSIRA

AGADIR

Tél. : 0660304037 Total des frais engagés : 52,04 Euros 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 : 06/09/2015 Le : 12/09/2015

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien PHARMACIE DU FOURNISEUR U-MEAS	Date	Montant de la Facture
85370 NALLIERS 16 AOUT 2019 85 2 00512 3 Tél. 02 51 30 70 16		59,04 € H.T.S.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
D	25533412 00000000 00000000 35533411
	21433552 00000000 00000000 11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE JOYAU-MEAS
Mme JOYAU- Mr MEAS
22 Place Mendès France
85370 NALLIERS
France

N° SIREN : 434784914
N° TVA intracommunautaire : FR22434784914
Code NAF : 4773Z

N° téléphone : 0251307016

ABEROUCH Meryem

22 Place Mendès France
85370 NALLIERS
France

Tél. :

Caisse : 01 Opérateur n° 8 HM

Facture n° 82965 du 16/08/2019 - vente n° 119081600129

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Montant Net HT	Taux TVA	Net TTC
34009 3768902 1	LACRIFLUID 0,13% COL UNIDOSE 60	1	5,544	5,54	2,10	5,66
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
34009 3575652 7	CORTAPAINSYL 0,5% CR TB 15G	1	5,364	5,36	10,00	5,90
34009 3496585 2	CITRATE BETAINE UPSA EFFERV CPR 20	1	3,545	3,55	10,00	3,90
34009 3098608 0	SPASFON CDRG 30	1	2,096	2,10	2,10	2,14
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
34009 3634828 8	VOGALIB 7,5MG LYOPHILISAT 8	1	5,909	5,91	10,00	6,50
35833 1000014 6	ALFLOREX SYMBIOSYS GELUL 30	1	24,550	24,55	5,50	25,90
Totaux		6		49,01 €		52,04 €

Banque: SOCIETE GENERALE

IBAN: FR76 3000 3017 4100 0200 2244 245

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	9,64	0,20	9,84
5,50	24,55	1,35	25,90
10,00	14,82	1,48	16,30
Totaux	49,01	3,03	52,04

Part principale		Part assuré	52,04
Part complémentaire			

Net à payer	52,04
--------------------	--------------

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté

Réglée en ESPECES, date d'échéance : 16/08/2019.

Indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement en cas de paiement à une date ultérieure à celle figurant sur la facture : 40 €. Si les frais de recouvrement sont supérieurs à ce montant, une indemnisation complémentaire sera due, sur présentation des justificatifs.

PHARMACIE JOYAU-MÉAS
85370 NALLIERS

16 AOUT 2019
85 2 00512 3
Tél. 02 51 30 70 16

Facture acquittée

Lot 1371
EXP 05-2024



GTIN: 03400936348288
EXP: 02/2022
LOT: N0956

03400935756527
Lot: 5072
Exp.: 02 2022



CORTAPAISYL 0.5%
DÉMANGEAISONS

3 583310 000146

Lot
EXP

X2123
03 2022



Spasfon
comprimés

Vogalib 7,5mg

CORTAPAISYL

0,5 %

CORTAPAISYL
0,5 %

SYMBIOSYS
Aeflortex
356624

CITRATE DE
BETAINE
UPSA EG