

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.

Médecine 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.

Education :

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

Déclaration : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Dhésion 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 personnelles.

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



Déclaration de Maladie : N° P19- 0012481

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1291 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ANOUAR

Date de naissance : 16/8/56

Adresse : 99 Rue Mimouza Hay Erraha

Tél. : 06 67 44 99 22

Total des frais engagés :

1500 + 30,71 Dhs

Dr. SADIK Fouzia

Médecin

104, Rue Mimouza Hay Erraha

Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/09/2019

Nom et prénom du malade : M² ANOUAR Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA + calques

Dr. SADIK Fouzia

Médecin

104, Rue Mimouza Hay Erraha

Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/10/2019

Dr. SADIK Fouzia

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
17/09 /19	14	01	150.00	Dr. SADIK FOZZI Médecin 44 Rue Nimmouza Hay Erraha 33 36 58 91 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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 de l'ORL.

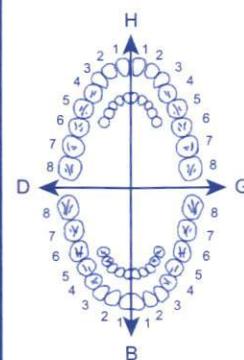
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT
MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'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

Grande Pharmacie de la Part Dieu
10-12 Bd Vivier Merle
69393 Lyon Cedex 03
Tél: 04.78.71.00.54
Fax: 04.78.60.38.09
phpartdieu@gmail.com
69 2 03756 7

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
28/01/15	30,71 €

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

— VIOLET ADHERENT

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION -												
O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES 		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>215033412</td> <td>21433652</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>355339411</td> <td>114032951</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession.</p>			H	G	215033412	21433652	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	355339411	114032951
H	G															
215033412	21433652															
00000000	00000000															
D	B															
00000000	00000000															
355339411	114032951															
		COEFFICIENT DES TRAVAUX														
		MONTANTS DES SOINS														
		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXÉCUTION														

Docteur SADIK Fouzia

Médecine Générale

Echographie Générale

104, Rue Mimosas (ex Rue des Ecoles)

1^{er} Etage - Beauséjour

Casablanca - Tél. : 05.22.36.58.91

الدكتورة صديق فوزية

الطب العام

الفحص بالصدى

104، زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقا)

الطابق الأول - بوسيجور

الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.36.58.91

17 SEP. 2019
Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

M^r ANOUAR Med

Dr. SADIK Fouzia
Médecin
104, Rue Mimouza Hay Errahma
Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca

Codzaar 50 mg (03R)
1cp 1. (tt de 03 mois)
Losartan 50 1cp 1. tt de 03
Oxyboldine (04B) (mgos)
1cp 2 fois 1.

- Feldene supp (01B)

18supp 1.

Grande Pharmacie
de la Part Dieu
10-12 Bd Vivier Merle
69393 Lyon Cedex 03
Tel: 04.78.71.00.54
Fax: 04.78.60.38.09
phpartdieu@gmail.com
69 2 03756 7

Dr. SADIK Fouzia
Médecin
104, Rue Mimouza Hay Errahma
Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca

Facture

Numéro de facture	Date	Code client
190401490	28/09/2019	

692037567**Gde Pharmacie de la Part-Dieu**

Belavie - Castelli - Daouk
 10-12 boulevard Marius Vivier Merle
 Centre commercial de la part Dieu
 69003 LYON
 FRANCE
 Tél : 0478710054
 Fax : 0478603809
 E-Mail :
 SIRET : 52787283200011 APE : 4773Z
 TVA Intracommunautaire : FR76

ANOUAR MOHAMMED
96 CRS E ZOLA
69100 VILLEURBANNE

Mode de règlement : Carte Bancaire
 Echéance : 01/10/2019

Code13Réf	Désignation	Qté	TTC U Brut	%Rem	TTC U Net	Mt TTC Net	%TVA
34009 3835604 5	LOSARTAN MYL 50MG CPR BT90	1	14,0200	0,00	14,0200	14,02	2,1
34009 3617103 9	OXYBOLDINE CPR EFFV 24	4	2,5200	0,00	2,5200	10,08	10,0
34009 3263823 9	FELDENE 20MG SUP 15	1	6,6100	0,00	6,6100	6,61	2,1

Quantité totale des produits : 6

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA	Total Net HT	
10,0%	9,16	0,00%	0,00	9,16	0,92	29,37 EUR	
2,1%	20,21	0,00%	0,00	20,21	0,42	1,34 EUR	
						Montant TTC	30,71 EUR
Totaux	29,37	0,00%	0,00	29,37	1,34		

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. Médiateur de la consommation : SARL Devigny Médiation, 11 rue de l'étang, 49220 THORIGNE D'ANJOU. www.devignymediation.fr