

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.

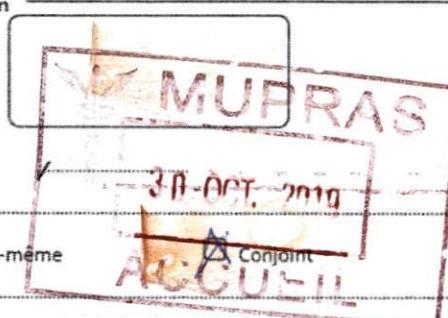
Adresses Mails utiles

- 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 des données à caractère personnel.

N° W19-435391

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 514	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LYASSI M'NOHAMED			
Date de naissance : 01/01/1945			
Adresse : 10 Bd. Tichka Hay Alinari			
CP : 00500			
Tél. : 0522210670 Total des frais engagés : 87,30 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 31-07-2019			
Nom et prénom du malade : Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" 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 : **00500**

Le : **29/07/2019**

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 : <input type="checkbox"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ANNABA Ismaili Mohamed ARRAB Docteur à Pharmacie 10, TAKA 100m N°21 Al Choua	20/09/19	87.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
5533412	21433552
0000000	00000000
0000000	00000000
5533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a circular DNA molecule with 20 numbered segments (1 through 20) arranged in a clockwise direction. The segments are represented by small circles. A coordinate system is overlaid on the molecule, with the horizontal axis labeled 'D' on the left and 'G' on the right, and the vertical axis pointing downwards. The molecule is oriented such that segments 1, 2, and 3 are at the top, 19, 20, and 1 are at the bottom, 18, 17, and 16 are on the right, 15, 14, and 13 are on the left, 12, 11, and 10 are at the top-left, 9, 8, and 7 are at the top-right, 6, 5, and 4 are at the bottom-left, and 3, 2, and 1 are at the bottom-right.

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE ANNAJAT

Bd Tichka resid al boustane imm J N 21

R.C :359164

Patente:34024833

T.V.A :49790197

C.N.S.S:8351835

Banque:INPE(092010396)

T.M :05 22 52 73 99

Le 24/09/2019

FACTURE N°235692

N° ICE : 001532141000074

LYASSIMI MOHAMED

N° IF : 49790197

1

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	DERMOFIX CREME	87,30	87,30	5,71	7,00

PHARMACIE ANNAJAT
Imadli-Mohamed ARRABI
Docteur en Pharmacie
Bd Tichka imm J N 21 Al Chadi
Casablanca 20105
Télé: 05 22 52 73 99

LOT 18003
PER 12/1
PPV 870H30

87,30

TOTAL T.T.C :

87,30

Nbr Articles	TVA 7% Base :	87,30	Montant	5,71	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-------	---------	------	----------------	---------

Arrête la présente facture à la somme de :

Quatre-vingt Sept Dirhams et 30 centimes.