

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.

Biologie 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 séductions.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothèse :

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.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie Chronique 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

Information : contact@mupras.com

en charge : pec@mupras.com

mission et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

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

12783

 Optique Autres Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3230

Société : R.A.M

Actif Pensionné(e)

Autre : Retraite

Nom & Prénom : ELIMAM EL ALOUI Abdelaaziz

Date de naissance : 01.06.1947

Adresse : 236 R³ med. V CASA.

Tél. : 0618873122 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Jaouli Latima Age : 74 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint e Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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.

10/02/2019

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 : CASA

Le : / /

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 ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE GRANADA Louhans Rue 25 N° 24 Tél.: 03 82 89</i>	13/12/99	1400,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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'ostéodensitométrie.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

PHARMACIE GRANADA
DR LAHLOU LOUBNA
LOT MESTOUNA N25 RUE 27 ET 29

Tél : 0522894844

Patente N°: 35052333
N° R.C. : 370006
Compte :
CNSS : 7696977
Id.Fiscale : 51453668
ICE : 001633331000046

Le : 13/12/2019

EL IMAM EL ALAOUI ABDELAZIZ

Jaouli fatima

FACTURE : 12363 du : 13/12/2019

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	ATACAND 4MG 28CPS	119,50	358,50	0,00%
2	CLENIL FORT SPRAY	86,50	173,00	0,00%
3	DILRENE 300 MG CP	139,20	417,60	0,00%
2	LEVOTHYROX 100 UG/28 CPS	24,40	48,80	20,00%
3	LEVOTHYROX 50UG/ 28CP	13,40	40,20	7,00%
8	VENTOLINE SPRAY	45,30	362,40	0,00%
Total TTC		1400.50		
Droits de timbre			0.00	
Net à payer			1400.50	

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	1 311,50	0,00	1 311,50
7.00%	7,00	37,57	2,63	40,20
20.00%	20,00	40,67	8,13	48,80
1 389,74		10,76	1 400,50	

PHARMACIE GRANADA
LAHLOU NEJAH Loubna
Lotissement Mestouna Lot. N° 39
Rue 25 N° 27 - 29 - Casablanca
Tél.: 05 22 89 48 44