

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

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.

Diologie 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.

Prothésaire :

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

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.

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° P19-0010388

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

22715

Matricule : 5285

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZIAIT MILoud Date de naissance : 08.10.1957

Adresse : 284 LOT FL WAFA DERROURA

Tél. : 06.66.80.7893 Total des frais engagés : 250.04 + 27.654 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Rabat TAYACH Age 01.01.61

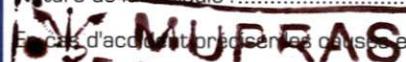
Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



affection ORL

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 : ACCUEIL

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
06/12/19 G			250 D	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MAULIEU C. C. 14112119	14/11/2019	27 € 54

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHÉ



Dr. Nawal NADEF

Oto-Rhino - Laryngologue
Maladie et Chirurgie du Nez
Gorge - Oreille - Face et cou
Exploration et traitement
de surdité
vertige - Trouble de la voix
Endoscopie
Ronflement - Allergie



الدكتورة نوال نسيف

اختصاصية في أمراض وجراحة الأنف
الحنجرة - الأذن - الوجه والعنق
تشخيص وعلاج الصم
الدوخة - اضطرابات الصوت
الفحص بالمنظار
الشخير والحساسية

ORDONNANCE

Casablanca, le : 06/12/19 الدار البيضاء، في :

TAYACU RAPRA

- 1/ Avelox 400 mg 1 pulv x 10
adulte 1 pulv x 2 1/2 pulv 1 ml
- 2/ Huile adulte
1 pulv x 2 1/2 pulv 1 ml
- 3) Nasonez 8 mg
2 pulv x 2 1/2 pulv 1 ml

Route 1 Hay El Housseyn 22
MEDICAL SERVICES FACILITY N 22
Dr. NAWAL NADEF
Otolaryngologist

4/ Souakine BDG

l'�garisme x 3
par 11

DR. ORTNER - FACHÄRZTE FÜR HUZUSM N 22

DR. ORTNER - FACHÄRZTE FÜR CHIRURGIE



Facture		
Numéro de facture	Date	Code client
190173746	17/12/2019	

442002119

PHARMACIE DE BEAULIEU

Centre Commercial Carrefour

Beaulieu

44200 NANTES

FRANCE

Tél : 0240474847

Fax : 0240121757

E-Mail :

SIRET : 335273462 APE :

TVA Intracommunautaire : FR44335273462

TAYACH RABIA

Mode de règlement : Carte Bancaire

Echéance : 01/01/2020

Code13Réf	Désignation	Qté	HT U Brut	%Rem	HT U Net	Mt HT Net	%TVA
34010 7170923 1	HUMER SOL NAS AD FL150ML 1	1	4,3333	0,00	4,3333	4,33	20,0
34009 3007514 2	NASONEX 50MCG NAS FL140DOS 1	1	6,6405	0,00	6,6405	6,64	2,1
34009 2208354 4	MOXIFLOXACINE SDZ 400MG CPR 5	2	7,6200	0,00	7,6200	15,24	2,1

Quantité totale des produits : 4

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA		
20,0%	4,33	0,00%	0,00	4,33	0,87		
2,1%	21,88	0,00%	0,00	21,88	0,46		
Totaux	26,21	0,00%	0,00	26,21	1,33		

Total Net HT	26,21 EUR
TVA	1,33 EUR
Montant TTC	27,54 EUR

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.