

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° W19-559902

Go 583

Maladie

Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7645

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : OUGHNIA Abderrahim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 244896

Total des frais engagés : 25,00 + 25,00 Dhs

Optique

Autres

Société : R.A.M.

Autre :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Achat libre

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/01/2010

ACCUEIL
MUPRAS

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 : [REDACTED] |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| [Signature] | 10-05-86 | 25,00 |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

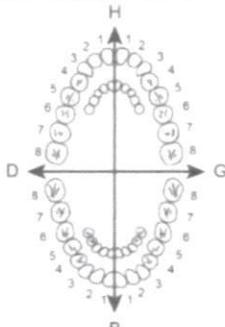
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

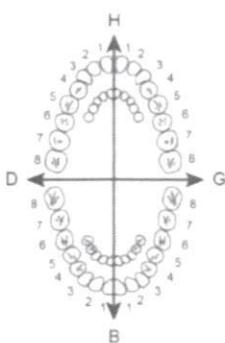
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |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

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 2143358 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 1143358 |

[Création, remont, adj.]
Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire



00/500

DRIJL

UT.AV :
LOT N° :
PPV (DH) :

UT.AV :
LOT N° :
PPV (DH) :

UT.AV :
LOT N° :
PPV (DH) :



PHARMACIE OUED ZEM

69 BD OUED ZEM QUARTIER JAWADI 20450

DR.HIFDI ABDERRAFII
Docteur en pharmacie

R.C :208720 Patente:37309160
T.V.A :49527790 C.N.S.S:2007723
Banque:190780212111570912000603
Tél :0522385936

Le 10/09/2020

FACTURE N°210060

N° ICE : 001663665000096

OUGHNIA ABDERAHIM

N° IF : 49527790

ICE N° :

| Qté | Désignation | PPH Unitaire | % Remise | PPH NET Remisé | Total BRUT | Total REMISE | Total NET TTC | Dont TVA | % Taux |
|-----|---------------------------|-----------------|-------------|-------------------|---------------|-----------------|------------------|-------------|-----------|
| 1 | DRILL SI TOUX STOKE AD SS | 25,00 | 0,00 | 25,00 | 25,00 | | 25,00 | 1,64 | 7,00 |
| | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|----------|-------|----------|------|-----------|-------|
| BRUT TTC | 25,00 | - Remise | 0,00 | = NET TTC | 25,00 |
|----------|-------|----------|------|-----------|-------|

Nombre d'Articles : 1

TVA 7% Base :

23,43 Montant :

1,64

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :

Vingt Cinq Dirhams.