

## 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.

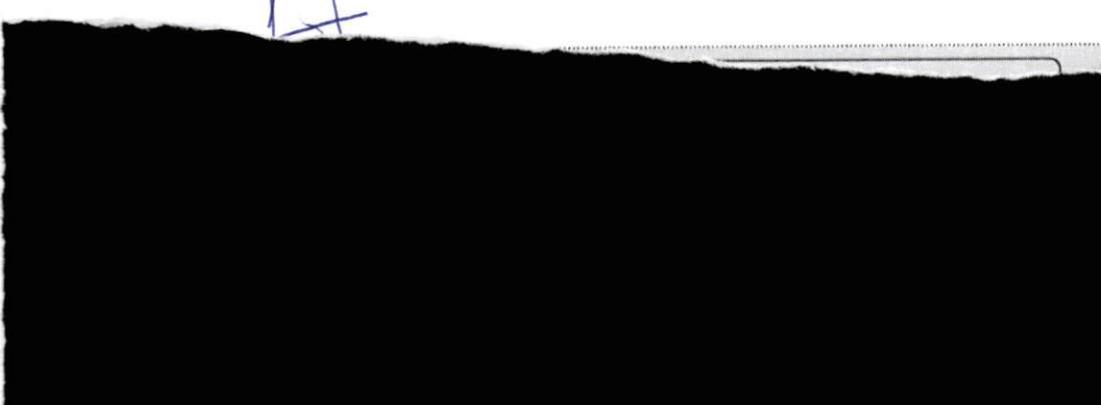
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>2288</b>	Société : <b>45942</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>LEMAIZI NDREDDINE</b>			
Date de naissance : <b>10 108 11953</b>			
Adresse : <b>336, Bd EL FIDA CASABLANCA</b>			
Tél. : <b>0665600068</b>	Total des frais engagés : <b>3426</b> DHS		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input 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 : \_\_\_\_\_ 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
				INP : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Jnane Souissi Dr. H. MADOU Bouthaffar Jnane Souissi, N°14, Immeuble Souissi / Rabat, Tél. 021155930000	17/10/86	2192.00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. S. S. Al-Saif, Hay Riad Annex Tel: 0537717110	18/04/2014	18, N° 98688	Dr. S. S. Al-Saif, Hay Riad Annex Tel: 0537717110

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVÉ 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'IDF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le : 17/10/2020

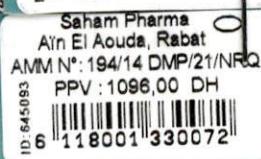
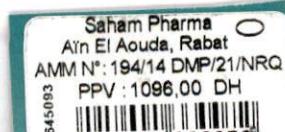
MR. Léonard Wodow

2x1036'00

Albumine Humaine

2132'00

Pharmacie Jnane Souissi  
Dr. HMADOU Bouthaina  
Secteur Jnane Souissi / Rabat / Tél : 037 83 04 04  
ICE : 002175593000058 - N° de : 102070422



617,00 X2

( 2 flcs )



234,00

2 flcs

Pharmacie Sanaouba S.A.S.  
Secteur 18, N° 18 et 19 Annexe  
Mosquée Saïf Hay Riad  
Rabat - Tél: 05 37 71 21

Dr. BENAZOUZ Mustapha  
professeur en Hépatogastroentérologie  
Av. Cellah Apat. N° 1 Hassan - Rabat

ملتقى شارع النخيل والطريق الدائري S, حي الرياض رباط

Angle Avenue Nakhl et Rocade S, Hay Riad - Rabat

Tél: +212 537 542 000 - Fax: +212 5 37 56 46 47 - Email: contact@pira.ma

Site web: www.pira.ma

SOCIETE PHARMACIE SANAOUNBAR RIAD  
MME SOUMIA GUERBAZ  
6ET19 AV SANAOUNBAR SECT 18 ANNEXE MOS

Tél : 0537717110

Patente N°: 25560000  
N° R.C. : 128649  
Compte :  
CNSS : 6075578  
Id.Fiscale : 24883570  
ICE : 002013404000093

Le : 17/10/2020

LEMAIZI NOUREDDINE

FACTURE : 21500 du : 17/10/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
2	PERIOLIMEL N4 POCHE.200ML	617,00	1 234,00	7,00%
	<b>Total TTC</b>		<b>1234.00</b>	
	Droits de timbre		0.00	
	<b>Net à payer</b>		<b>1234.00</b>	

Arrêtée la présente facture à la somme de :MILLE DEUX CENT TRENTÉ QUATRE DIRHAMS

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	1 153,27	80,73	1 234,00
		<b>1 153,27</b>	<b>80,73</b>	<b>1 234,00</b>

Pharmacie Sanaounbar Riad  
Secteur 15, N°6 Et 19 Annexe  
Rabat - Tel: 0537717110  
Mosquée Sect 18 Et 19 Annexe



PHARMACIE JNANE SOUSSI

sec jnane souissi n 14 IMM E LOCAL M1

R.C. 93194

T.V.A.

Patente:25981605

C.N.S.S:8308620

Tél : 0537630404

Le 17/10/2020

## FACTURE N°73448

N° ICE : 002115593000058

N° IF : 40146067

# LEMAIZI NOUREDDINE

ICE N°:

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
2	ALBUMINE 125ML	1 096,00	2 192,00		

**TOTAL T.T.C :**

2 192,00

Nbr Articles TVA 7% Base : Montant : TVA 20% Base : Montant

*Arrêté la présente facture à la somme de :  
Deux Mille Cent Quatre-vingt-douze Dirhams.*