

# 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.

**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](http://www.mupras.com)

245600

## Déclaration de Maladie : N° S19-0006042

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 79-6 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SOUAL FATHIMA Date de naissance : 13-07-1965

Adresse :

Tél. : 0661 3054 84 Total des frais engagés : 738,50 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : 18 JAN. 2023 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 :

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

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412   21433552 00000000   00000000 D ----- G 00000000   00000000 35533411   11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
D				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# PHARMACIE IBN TAIMIA

119 lotissement aldarissa sidi maarouf

DR EN PHARMACIE  
PHD MICROBIOLOGIE  
DEUS VIROLOGIE

R.C : 337980 Patente 36102085  
T.V.A : C.N.S.S:23000771  
Tél : 0522335225

Le 15/12/2022

## FACTURE N°34986

N° ICE : 00168336000085

N° IF : 77300610

**SOUAL FATIMA**

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
12	HYDROCORTISONE 10M.G B25 CP	37,50	0,00	37,50	450,00		450,00	29,44	7,00
3	LEVOTHYROX 100µG B30 CP	24,40	0,00	24,40	73,20		73,20	4,79	7,00
2	CACIT 1000M.G B30 CP EFF	107,70	0,00	107,70	215,40		215,40	14,09	7,00

صيادلة ابن تaimia  
PHARMACIE IBN TAIMIA  
FOUQUERIA Sidi Rahim  
Docteur en Pharmacie  
N° 119 Lot Al Darissa Sidi Maârouf  
Tél : 0522 33 52 25 Casablanca

BRUT TTC	738,60	- Remise	0,00	= NET TTC	738,60
----------	--------	----------	------	-----------	--------

Nombre d'Articles : 3

TVA 7% Base :	690,29	Montant :	48,32	TVA 20% Base :	Montant
---------------	--------	-----------	-------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Sept Cent Trente Huit Dirhams et 60 centimes.

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Hydrocortisone 10mg b/25 c  
P.P.V : 35,10 DH  
6 118001 182909



6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH  
7862160342

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Hydrocortisone 10mg b/25 c  
P.P.V : 35,10 DH  
6 118001 182909



Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Hydrocortisone 10mg b/25 c  
P.P.V : 35,10 DH  
6 118001 182909

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH  
7862160342

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Hydrocortisone 10mg b/25 c  
P.P.V : 35,10 DH  
6 118001 182909

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Hydrocortisone 10mg  
B/25 CP  
P.P.V : 37,50 DH  
6 118001 182909

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Hydrocortisone 10mg  
B/25 CP  
P.P.V : 37,50 DH  
6 118001 182909

6 118001 040049  
Fabricant :  
HERMES PHARMA GmbH  
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG  
4 AUTRICHE  
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Hydrocortisone 10mg b/25 c  
P.P.V : 35,10 DH  
6 118001 182909

6 118001 040049  
Fabricant :  
HERMES PHARMA GmbH  
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG  
5 AUTRICHE  
24 BOTTU SA PPV : 107 DH 70

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Hydrocortisone 10mg b/25 c  
P.P.V : 35,10 DH  
6 118001 182909

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Hydrocortisone 10mg b/25 c  
P.P.V : 35,10 DH  
6 118001 182909

