

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 05488

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN BOUHTIA Mohamed

Date de naissance : 20/05/1966

Adresse : A. H

Tél. : 0661618189

Total des frais engagés : 2820,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

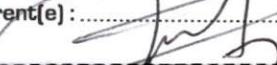
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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

Le : 12/05/2023

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
Dr. Bouchra TAJARAF Coopérative Ach-Chirraf N°DM2 Hay Inara Haddadouia Casablanca Tél.: 05 22 21 64 09	02/05/23	2850,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

AUXILIAIRES MEDICALS

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H D	25533412 00000000	21433552 00000000	
	G B	00000000 35533411	00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Pharmacie ACHCHARAF - Casablanca

ACH-CHARAF

0522216409

COOPERATIVE ACH-CHARAF N° DM2 Hay Inara Haddaouia , Casablanca



## Facture N° 20230510-302

Date de vente : 02/05/2023

Médecin traitant :

BENBOUHIA MOHAMED

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
RYZODEG FLEXTOUCH IN 100UI/3ML B5 INJECTABLES	1	1 182,00	Exonéré (0,00%)	1 182,00
VICTOZA IN 6MG/ML STYLO PRÉ-REMPLI INJECTABLE	1	1 193,00	Exonéré (0,00%)	1 193,00
FORXIGA CO 10MG B28 COMP PELL	1	419,00	Exonéré (0,00%)	419,00
GLUCOPHAGE CO 1000MG B30 COMP	2	28,00	Exonéré (0,00%)	56,00

5x3ml  
Ryzodeg® FlexTouch®  
100 unités/ml  
Solution injectable en stylo prérempli  
Insuline dégludecan/Insuline Asparte

PPV : 1182,00 MAD



6 118001 121601

8-9564-24-250-2

8-965-73-280-3

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH



6 118001 185023

Victoza®  
6 mg/ml  
Solution injectable  
2 stylos pré-remplis 3 ml

PPV : 1193,00 DHS



6 118001 121403

8-965-73-280-3

Total HT	2 850,00 DHS
TVA	0 DHS
<b>Total</b>	<b>2 850,00 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : deux mille huit cent cinquante DHS

LOT 230002  
EXP 01/2026  
PPV 28.00DH

PHARMACIE ACH-CHARAF  
Dr. Bouchra-TAOUDI  
Coopérative Ach-charaf N° DM2  
Hay Inara Haddaouia Casablanca  
Tél.: 05 22 21 64 09

LOT 230002  
EXP 01/2026  
PPV 28.00DH

IF : 34026384 RC : 337524 ICE : 001079460000073

Tel : 0522216409

Adresse : COOPERATIVE ACH-CHARAF N° DM2 Hay Inara Haddaouia , Casablanca