

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

M22- 0005928

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1156 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : CHERROUR MUSTAPHA

Date de naissance : 1949

Adresse :

Tél. : 0661315400 Total des frais engagés : ..... 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 : .....

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie YASSER Aicha ISSER Djedidien Pharmacie 1 Rue Sidi Karouf 6 Tunis - Tél: 022.71.11.39	18/01/23	1632,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

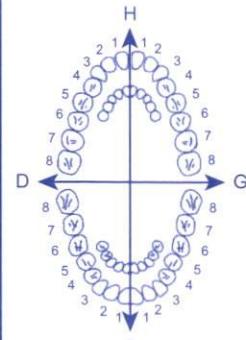
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent
			
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>			
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
H 25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553	G B		
<b>[Création, remont, adjonction]</b>			
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>			
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>			
CCEFFICIENT DES TRAVAUX			
MONTANTS DES SOINS			
DEBUT D'EXECUTION			
FIN D'EXECUTION			
CCEFFICIENT DES TRAVAUX			
MONTANTS DES SOINS			
DATE DU DEVIS			
DATE DE L'EXECUTION			

\*\* PHARMACIE YASSER \*\*  
DR ISSER AICHA

ICE : 000457080000053

Pharmacie YASSER

Aïcha ISSER  
Docteur en Pharmacie  
Nº 14, Rue 4 Sidi Maârouf 6  
Casablanca - Tél: 0522 83 01 38

Tél :

18/04/2023

Mr CHERROUK MUSTAPHA

FACTURE N° : 5073

du 18/04/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
4	PREZAR 100 MG BT/28 CPS	138,10	552,40	7%
4	COPLAVIX 75/100 MG B.30 CPS	270,00	1 080,00	0%

Total TTC	1 632,40
Droits de Timbre	0,00
Net à Payer	1 632,40

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
MILLE SIX CENT TRENTÉ DEUX DIRHAMS ET QUARANTE CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	516,26	36,14	552,40
0%Ar91	0,00	1 080,00	0,00	1 080,00
		1 596,26	36,14	1 632,40

CNSS :  
Compte :

I.C.E : 000457080000053  
Patente :

INPE:092057504  
R.C.:

I.F. :  
RIB :

