

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W21-618514

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### A

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 2459

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELOUJANI

MOHAMEN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.02.862483

Total des frais engagés : 46,20

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie : AEPHAT LI BIYE

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'at<sup>e</sup> médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

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 :

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

PHARMACIE DE LA DECOUVERTE SARL AU  
Lot. Al Moustakbal, Loc. N° 7  
Route 1029, Sidi Marouf - Casablanca  
TEL: 0522 97 32 23 - Fax: 0522 97 57 46  
**092037332**

Date

Montant de la Facture

01/06/2023

46,70

### 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
		AM	PC	IM	IV	

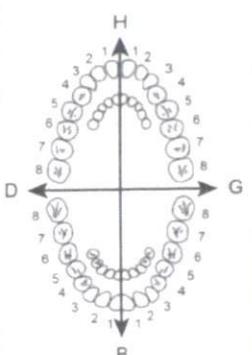
### DEVIS DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser les soins pratiqués en inscrivant leur nature et leur coefficient.

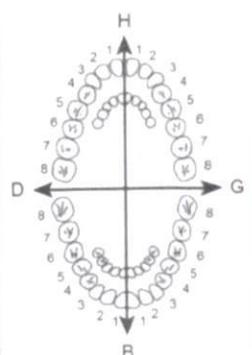
#### Important :

Veuillez joindre les radiographies.

#### SOINS DENTAIRES



#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



Doliprane® 500 mg  
PARACETAMOL  
20 COMPRIMES SPÉCIAUX

PPV: 10DH30  
PER: 06/25  
LOT: L2054



Rhumix®  
Boîte de 10 sachets

P.P.V. : 22,00 DH  
6 118000 191032

COEFFICIENT DES TRAVAUX

114,40



FIN D'EXECUTION

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
00000000	00000000
D	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

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'EXE



# PHARMACIE DE LA DECOUVERTE

LOTIS AL MOUSTAKBAL Lot N°7 SIDI MAAROUF

Docteur en pharmacie  
UNIVERSITE DE LIEGE  
BELGIQUE

R.C :325695 Patente:36167275  
T.V.A :15250952 C.N.S.S:6181242  
Banque:BMCI 0137800110401384100187  
Tél :0522973223

Le 01/06/2023

## FACTURE N°1044958

N° ICE : 001687646000084

N° IF : 15250952

ELOUNANI MED

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	DOLIPRANE 500 MG 20 CPS	10,30	10,30	0,67	7,00
1	RHUMIX 10 SACHETS	22,00	22,00	1,44	7,00
1	RENNIE 36 CPS	14,40	14,40	0,94	7,00

TOTAL T.T.C :

46,70

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

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Quarante Six Dirhams et 70 centimes.

Route 1029, Sidi Maarouf - Casablanca  
Lot. Al Moustakbal, Lot N°7  
Tél : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46  
PHARMACIE DE LA DECOUVERTE SAR AU