

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0006906



Maladie



Dentaire



Optique



Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1267 Société : R A D  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHERIF TAYEB  
 Date de naissance : 01-01-1950  
 Adresse :  
 Tél. : 06 61 25 01 83 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : CHERIF TAYEB Age : 73  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA - HTO - PROSTATE  
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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.

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



# RELEVÉ 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

26/7/2023 1090,80 DHS

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué

es soins.

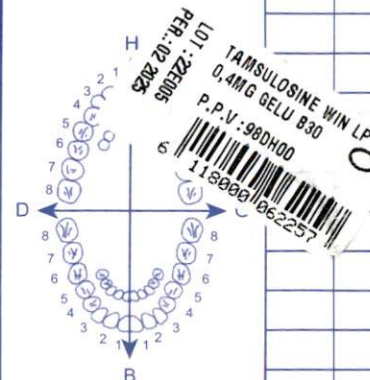
Important :

Veillez joindre les ra

es ou de tr

SOINS DENTAIRE

des Coef



O.D.F

PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000  
35533411 11433553  
G  
B

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
PPV 87DH50

ation, remont, adjonction)  
Thérapeutique, nécessaire à la profession

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
PPV 87DH50

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
PPV 87DH50

LATANO JP 0.005%  
Latanoprost

Lot:

Exp:

PPV: 98 DH 20

LATANO JP 0.005%  
Latanoprost

Lot:

Exp:

PPV: 98 DH 20

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DATE DU DEVIS



LATANO JP 0.005%  
Latanoprost

Lot:

Exp:

PPV: 98 DH 20

L'EXECUTION

**\*\* PHARMACIE CHRAGUI \*\***

**DR. HELZY**

**DR.CHRAGUI SAHEL BERRECHID**

**Patente N°: 55795016**

**N° R.C. : 21592**

**Compte :**

**CNSS :**

**Id.Fiscale : 24831595**

**ICE : 002127982000011**

**Tél :**

**Le : 26/07/2023**

**CHERIF TAYEB**

**FACTURE : 69875 du : 26/07/2023**

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	LATANO JP 0.005	98,20	294,60	7,00%
3	NATRIXAM 1.5MG/5MG	79,90	239,70	0,00%
3	NEBILET 5 MG 28 CP DISP	87,50	262,50	7,00%
3	TAMSULOSINE WIN 0.4 MG 30 G	98,00	294,00	7,00%
		<b>Total TTC</b>	<b>1090.80</b>	

Arrêtée la présente facture à la somme de : **MILLE QUATRE-VINGT DIX DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS**

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	239,70	0,00	239,70
7.00%	7,00	795,42	55,68	851,10
		<b>1 035,12</b>	<b>55,68</b>	<b>1 090,80</b>

**PHARMACIE CHRAGUI**  
**Dr. HELZY Hicham**  
Chragui Sahel Old Hrd - Berrechid  
Tél : 0779 64 77 49

\*\*\* PHARMACIE CHRAGUI \*\*\*

N° Pat. : 55795016 / R.C : 21592  
I.F : 24831595 / ICE : 002127982000011

26/07/2023 11:44

Vente No 71098 Op 99

3 TAMSULOSINE WIN 0.4	98.00
3 NATRIXAM 1.5MG/5MG	79.00
3 LATANO JP 0.005	98.20
3 NEBILET 5 MG 28 CP D	87.50

TOTAL VENTE :	1090.80
TOTAL A PAYER :	1090.80
TPE	1090.80

Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	239.70	0.00	239.70
7.00%	795.42	55.68	851.10

TOTAL 1035.12 55.68 1090.80

  
PHARMACIE CHRAGUI  
DR. HELZY Hicham  
Chragui Sahel Old Hriz - Bamechid