

## 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.

N° W19-435417

32630

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11661 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HASSIME AFAF

Date de naissance : 09/08/72

Adresse : 14, Paul Plan, Dar Benazzara

Tél. : ..... Total des frais engagés : 152,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : ..... / ..... / .....

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.

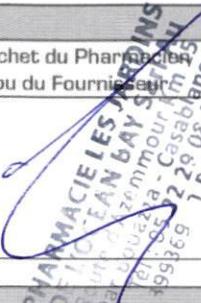
Fait à : Casa Le : 02/07/20

Signature de l'adhérent(e) : Cyl

### 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 : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE LES JARDINS 22902 Casablanca T.P. 32560411 199369	29/6/2020	715250 F
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

### 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	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	

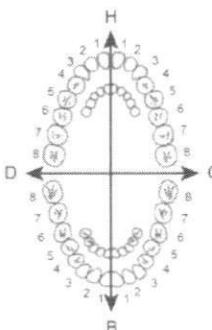
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

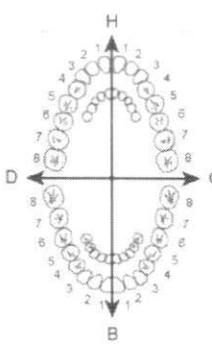
#### Important :

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	Coefficient	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....



### ODF PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
-------------------------	----------------------

MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
--------------------	----------------------

DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
-------------------	----------------------

FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
-----------------	----------------------

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
-------------------------	----------------------

MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
--------------------	----------------------

DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
---------------	----------------------

DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>
---------------------	----------------------



PHARMACIE LES JARDINS DE L'OCEAN  
RTE D AZEMMOUR KM 15 DAR BOUAZZA

Docteur en pharmacie

R.C :399369

Patente:32960411

T.V.A :

Tél : 0522 29 08 29

Le 29/06/2020

FACTURE N°236450

N° ICE : 001987906000033

HASSINE AFAF

N° IF : 25109233

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
1	INS LANTUS SOLOSTAR 1STYLO 3ML	152,50	0,00	152,50	152,50		152,50		

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lantus SoloStar 100U/ml inj  
b1 sty 3ml  
P.P.V : 152,50 DH  
6 118001 081608

PHARMACIE DES JARDINS  
DE L'OCEAN  
Rte d'Azemmour Km 15  
Dar Bouazza Casablanca  
Tél : 0522 29 08 29  
R.C : 399369 T.P. : 32960411

DROIT TIMBRE 0.25%	BRUT TTC	0,00	- Remise	0,00	= NET TTC	152,50
Nombre d'Articles : 1	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant		

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Cent Cinquante Deux Dirhams et 50 centimes.