

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **biologie 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.

## **ique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

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.

## **ladie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3098 Société :

Actif  Pensionné(e),  Autre :

Nom & Prénom : Bouymaa Abdelaaziz

Date de naissance : 30/09/1947

Adresse : Résidence Attadameur Rue 6 m 64

EL OULFA

Tél. : 06 50 39 71 31 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. BENNIS Khalid**  
HEPATO GASTRO - ENTEROLOGIE  
PROCTOLOGIE MEDICO CHIRURGICALE  
Rés. Mawlid 4 Angle Bd Abdelloumen  
et Bd Anouar - Casablanca  
Tél 05 22 98 41 16

Date de consultation : 22/05/2022

Nom et prénom du malade : Boumama Ghadry Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Cirrhose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : bilan FAF

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 : Let : 0202 100 19 18

Signature de l'adhérent(e) :

## **Déclaration de Maladie**

Nº P19- 0048978

ND: 37249

Optique

Autres

## 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 Portement des Actes
12/05/2020	Contrôle patient			DR BENNIS K. DOCTEUR EN MEDICINE HEPATO GASTRO ENDOCHIRURGIEN DOCTOLOGIE MEDICO Chirurgical Rue Marid 4 Anoual Casablanca Tel: 05 22 98 41 16

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Car PHARMACIE DES ORMEAUX 95, rue des Ormeaux 77515 FAREMOUTIERS 77 2 01127 6	12/05/2020	Ceux quinze et un euros et cinquante centimes + honoraires  (Ceux que je devrai faire au docteur)

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

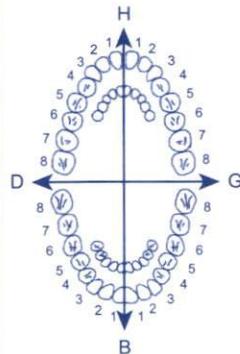
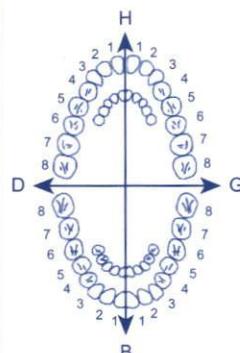
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B	00000000
		35533411		11433553
MONTANTS DES SOINS	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

# ORDONNANCE

Dr. BENNIS Khalid  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE  
PROCTOLOGIE MEDICO CHIRURGICALE  
Rés. Mawlid 4 angle Bd Abdelmoumen  
et Bd Anoual Casablanca  
Tél 05 22 98 41 16

Carr Le: 12/05/2020

Brahimida  
Rhadiyia

D clonus am

500

$\frac{1}{2}$  0 -  $\frac{1}{2}$   
x 6 mois

Selarl PHARMACIE DES ORMES  
95, rue des Ormes  
77515 FAREMOUTIERS  
77 2 01127 6

  
Dr. BENNIS Khalid  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE  
PROCTOLOGIE MEDICO CHIRURGICALE  
Rés. Mawlid 4 angle Bd Abdelmoumen  
et Bd Anoual Casablanca  
Tél 05 22 98 41 16

Facture n° 2020031975  
émise le 13.05.2020 à 17h20:07

Util. : Nelly (8)  
Page 1 / 1

ORIGINAL

PHARMACIE JOURDAIN - LAMAURT

95 Rue des ORMES  
77515 FAREMOUTIERS  
France  
Tel : 01 64 04 20 62  
Fax : 01 64 04 24 92  
Email : pharmaciedesormes@gmail.com

BOUHMIDA KHADIJA - 61238  
00000 Casablanca  
Maroc

BOUHMIDA KHADIJA - Délivrance sur ordonnance - Ticket 2020043808

Code	Désignation	Qté	Prix TTC unitaire	Prix HT unitaire	% remise	Montant Total HT	Taux TVA
3400921931211	DELURSAN 500mg Cpr pesé Plq/60	3	46,18	45,230	0,00 %	135,690	2,10 %
	Honoraire simple	3	1,02	0,999	0,00 %	2,997	2,10 %
	Honoraire médicament remboursable	1	0,51	0,500	0,00 %	0,500	2,10 %

Nombre de lignes : 3

Solde de votre compte : -142,11 €

Taux TVA	Base HT	Remise globale	Frais de livraison	HT Net	Montant TVA	Montant TTC
2,10 %	139,19			139,19	2,92	142,11 €

Règlements

Carte bancaire 142,11 €

Acquittée

Montant total HT	139,19 €
Montant total TTC	142,11 €
Net à payer	142,11 €
Date d'échéance	13/05/2020

Aucun escompte ne sera pratiqué pour paiement comptant ou anticipé. Conformément à la loi 92-1442 du 31 décembre 1992, relative au délai de paiement entre les entreprises, tout retard de paiement total ou partiel à l'échéance indiquée sur la facture entraînera l'application de pénalités et ce, sans qu'un rappel soit nécessaire. Ces pénalités seront facturées à un montant forfaitaire de 40 €.

au capital de 0,00 € - SIRET n° 7941411760014 NAF 4773Z TVA n°FR41794141176 - RCS :

LEO2.0V214.1-B0133-onN0

Poste : LEO24