

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## pharmacie :

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.

## que :

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.

## aire :

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.

## 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 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

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 839 Société : 49016

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : RATHMOUNE EP. ZIDANI FATNA

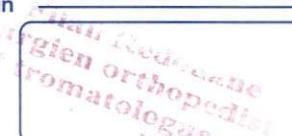
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Rathmoune

Age : 55

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Spondarthrite

25 NOV. 2020

enfant

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

Fait à : Le 21/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 21/11/2020

## 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
21/11/2006				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE ARESKI</b> ARESKI N°1000 Directeur du Pharmacien Hay Amlal 1 - Rue 6 N°1 80 32 16 - Casablanca	21/11/2020	99,00 DH

## 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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CLINIQUE AL RAYAN 73, Avenue Raja e. Aboumoussa 1031 0522 86 38 35-Fax: 0522 86 05 20	27/11/11 bte le			Infiltreton du genou 600		600

## 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

## (Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



Rathmore Rathmore

PHARMACIE ARESKI  
Docteur A. ARESKI  
Ray Areski - Rue 8 N° 33  
Tel : 85.32.10 - Casablanca

- Cedars

7 9 3 1.

99.00

- older 2 7 get

S.V

T = 99,00 114

LOT: 31738  
EXP: 7/2022  
PPV: 9.00DH

- Snowie? 2ij ij

It is for the 2 sumer

CLIE APESKI  
TUNIS  
A  
docteur  
hay  
Tel : 83  
32.10 — Casablanca

Dr. Filatov  
Chirurgien  
Orthopädist  
Orthopädische  
Klinik  
13 Aborigan  
Kiev  
USSR  
Tel. 0522-86 05 30



Rahmouni Fatima

Diagnostic = goutteux Béptate

Traitement = infiltration des 2 genoux  
par l'acide Hyaluronique  
( Sinovial )





21/11/2020

Casablanca le .....

**FACTURE:N°804**

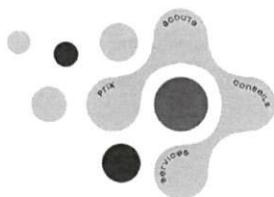
<b>Nom et Prénom</b>	<b>Mme ;Rahmoune Fatna</b>
<b>Medecin Traitant</b>	<b>Dr Filali</b>
<b>Date</b>	<b>21/11/2020</b>

L I B E L L E	QTE	Prix Unitaire	Montant
Dr Filali	C3	G	G
Infiltration du 2 genou	INJ	600,00	600,00
			600,00

Arreter la presente facture a la somme de :

Six cent dhs .





**SYNAPS**  
Pharma

Facture		
Numéro de facture	Date	Code client
200012150	24/02/2020	

742005309

**PHARMACIE DE GENEVE**

M. Droux  
1Route de Genève  
74100 AMBILLY  
FRANCE  
Tél : 04 50 92 54 44  
Fax : 04 50 38 72 95  
E-Mail :

SIRET : 53253615800019 APE : 4773Z

TVA Intracommunautaire : FR56532536158

ZIDANI ASMAA  
1 CHEMIN DES VERGERS  
57340 SUISSE  
Tél : 0041218251967

Mode de règlement : Espèces  
Echéance : 01/03/2020

Code13Réf	Désignation	Qté	HT U Brut	%Rem	HT U Net	Vt HT Net	%TVA
34010 9474751 7	SINOVIAL SRG PRE-R 2ML 3	2	70,4167	0,00	70,4167	140,83	20,0

Quantité totale des produits : 2

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA	Total Net HT	140,83 EUR
20,0%	140,83	0,00%	0,00	140,83	28,17	TVA	28,17 EUR
						Montant TTC	169,00 EUR
<b>Totaux</b>	<b>140,83</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00</b>	<b>140,83</b>	<b>28,17</b>		

Pharmacie acceptant le règlement des sommes dues par chèque, libellé à son nom en sa qualité de membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale. En cas de non paiement à la date d'échéance indiquée, l'acheteur sera de plein droit redevable de l'application d'un intérêt de retard calculé sur l'importance des sommes restant dues, intérêt d'un montant égal à deux fois le taux d'intérêt légal, montant auquel viendra s'ajouter une indemnité forfaitaire de recouvrement de 40 euros.

GRANDE PHARMACIE DE GENEVE  
1, rue de Genève 74100 AMBILLY  
Tél. 04 50 92 54 44  
Adr. 74 200 53 09  
grandepharmaciedegeneve@gmail.com  
www.pharmaciedegeneve.com

742005309 PHARMACIE DE GENEVE - 1Route de Genève - 74100 AMBILLY

Siret: 53253615800019

APE: 4773Z - TVA Intracommunautaire : FR56532536158