

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## **diologie 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.

## **tique :**

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.

## **entaire :**

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



## **Déclaration de Maladie**

Nº P19- 061771

Optique 52359  Autres

Maladie

Dentaire

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 1655 Société : *Retraite*

Actif  Pensionné(e)  Autre : *Retraite*

Nom & Prénom : BOUZIANE AHMED

Date de naissance : 6 - 01 - 1951

Adresse : 461 Lotissement Laymoun Casablanca

Tél. 06721213729 Total des frais engagés : 890,80 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/10/2020

Nom et prénom du malade : BOUZIANE AHMED

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA, Rhumatisme

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 : Casablanca - Le : 31/11/20

Signature de l'adhérent(e) : *glh*

### 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
13-10-2020				<i>Besoit</i>
				<i>Dr. BESOIT Médecin Dentiste Spécialiste en Prothèses et Implants</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE BESOIT</i>	13/10/20	390,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

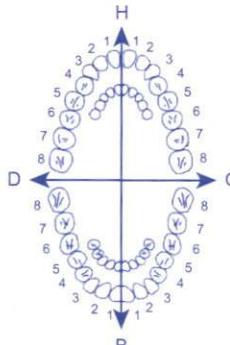
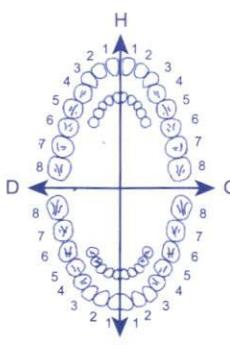
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>AZUR LABO</i> 52 Bd. de Fer El Hadjia 3 Ain Chf Tél: 0521 52 69 06	13/10/20					500,00

### 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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
B	35533411	11433553		
[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

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

**5, rue Mohamed Abdou  
CASABLANCA**

**Tél. : 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89**

**Fax : 0522.22.62.97**

**Dom : 0522.79.85.32**

**GSM cabinet : 06 78 18 18 16**

**Casablanca, Le 13/10/2020**

**Mr BOUZIANE Ahmed**

97.70 x 4 = 390.80

**1 - TRIATEC 2.5 mg :**  
**1 CP PAR JOUR MATIN SANS ARRET**

**2 - OMEGA COEUR :**  
**1 X 4 PAR JOUR SANS ARRET**

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologue  
5, Rue Med. Abdouh Casa  
Tél. 05 22 29 81 55, 59 - 05 22 47 26 89

**PHARMACIE LAIMOUNI SARL AU**  
466, Lot. Allaymouni Lissasfa  
Casablanca - Tél: 05 22 90 94 94  
RC: 581781 - Tp: 36293297 - IF: 24821866  
ICE: 00105022500009

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

**5, rue Mohamed Abdou**

**CASABLANCA**

**Tél. : 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89**

**Fax : 0522.22.62.97**

**Dom : 0522.79.85.32**

**GSM cabinet : 06 78 18 18 16**

**Casablanca, Le 13/10/2020**

**Mr BOUZIANE Ahmed**

- BAS DE CONTENTION NUMERO 2 A PORTER LE JOUR

**500 / 100**

*Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdou - Casa  
Tél. 0522 29 81 55/59, 0522 47 26 89*

*AZUP LABORATOIRES  
52, Bd de Fès El Hibaoui 24 Casablanca  
Fax: 0522 52 69 00*

Facture N°: FA2020/1586

Date

27/10/2020

Code Client

1711

MOHAMED ABDO

B.L.N°: Bon de livraison - BL2020/1585 du 27/10/2020

B.C.N°:

CASABLANCA

ICE :

Mode Paiement :

Référence	Désignation	Quantité	P.U. HT	Montant HT
5328N2L	BAS-CUISSE HOMME COTTON CITY C2 NOIR T2L	1,000	416,67	416,67

Code	Base HT	Taux TVA	Montant TVA
20	416,67	20,00	83,33

Total HT	416,67
Net HT	416,67
Total TVA	83,33
Total TTC	500,00
<b>NET A PAYER</b>	<b>500,00</b>

Arrêtée la présente Facture à la somme (T.T.C) de :  
Cinq cents Dirhams

### Siege

SARL De 500 000 00 Dh - RC : 60833  
Patente N° : 34022996 - T.V.A : 732338  
IF : 02200944 - ICE: 000084433000003  
52 BD de Fès El Haddaouia 3, Ain Chok  
Casablanca . Tél .: 05 22 21 55 05

### Show room

Patente N° : 36337363 -T.V.A : 732338  
IF : 2200944 - RC : 60833  
54 Rue Salim Cherkaoui  
Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél .: 05 22 20 52 25 / Fax : 05 22 20 50 89  
E-mail : laboazur@hotmail.fr