

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

## Informations 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.

## Optique :

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.

## 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

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

53729

**Déclaration de Maladie : N° S19-0003954**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **252**

Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

*Vézaine*

Nom & Prénom : **JAGHJOURH Zohra**

Adresse : **Halakat**

Tél. : **06 61 74 95 45**

Total des frais engagés : **200 + 12 30**

**30 DEC. 2020**

**ACCIDENT**

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. HRICHI Rachid**  
Médecine Générale  
95, AV Oued Tansit Cité El Oued  
Casab - Tél : 05 27 19 43 96

**INDE : 091076893**

Date de consultation : **27/11/2020**

Nom et prénom du malade : **JAGHJOURH ZOHRA**

Age :

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie : **Bronchite**

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) :

## 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
17/11/2009	C1		200 Dhs	 DR. HRICHI Rachid Médecin Général 95 AV Oued Tannouz Casablanca Case - Tél : 05 27 19 43 98

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 	A.F. M. 2020	125,30

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### BELEVE 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur HRICHI Rachid

MEDECINE GENERALE

295, Av. Oued Tansift ( 24, Gpe E )

Cité El Oulfa - CASABLANCA

Tél. : 0666 80 76 66

الدكتور الحرishi رشيد

الطب العام

295، شارع وادي تانسيفت (24)، مجموعة E

حي الألفة . الدار البيضاء

الهاتف: 0666 80 76 66

Casablanca, le : ..... 17 نونبر 2020 الدار البيضاء، في :

Mug

JAGHTOUCHI

ZOHRA

138FF

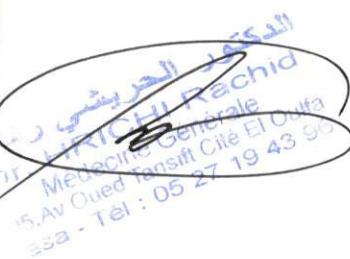
3

186 (Unterschrift)

125,30

Vaxigrip TETRA

1ml



Sanofti-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml  
sol inj b1  
P.F.V : 125,30 DH  
6 118001 082247

PHARMACIE SALMA  
SALMA  
BD OUM RABIE EL OUAFAA 1 N°15 CASABLANCA

20/11/2020

Tél : 0522895772

JAGHJOUGH ZOHRA

00164277000087  
ICE  
00164277000087

FACTURE N° : 22853

du 20/11/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	VAXIGRIP VACCIN <i>Tetra</i>	125,30	125,30	7%
Total TTC				125,30

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
CENT VINGT CINQ DIRHAMS ET TRENTÉ CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	117,10	8,20	125,30
		117,10	8,20	125,30

