

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## 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.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 878 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BA A ADDI Mohamed

Date de naissance : 1942

Adresse : AGS, Marocaine, Tensar

Tél. : 06 84 50 19 01 Total des frais engagés : 56,78 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age : .....  
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 : .....

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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE DR. SALIM Halima 170, AV. MY 1026 100 TÉL: 011-3033333 INPE : 102013893	Massira 10/01/2020	PHARMACEUTIQUE DR. SALIM Halima 170, AV. MY 1026 100 TÉL: 011-3033333 INPE : 102013893 56.70

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES -**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

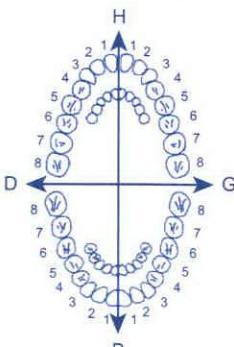
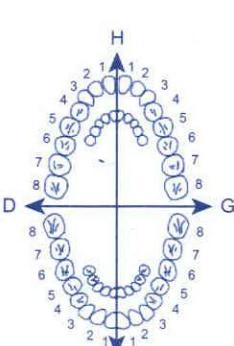
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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 de

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			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[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



## PHARMACIE BAHIA

170 AVENUE IDRIS MASSIRA 1TEMARA

DIPLOMEE DE PARIS FRANCE  
DU ORTHOPEDIE  
DU DERMOCOSMETOLOGIE

R.C :56618 Patente:28227605  
T.V.A : C.N.S:S:2953900  
Banque:181 825 2121115312860006 38  
Tél :037 60 52 10 0

Le 10/01/2020

# FACTURE N°660260

N° ICE : 001628029000028

N° IF : 23243440

BAHADI MOHAMED

**ICE N° :**

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	OSMOSINE SIROP	34,00	34,00	2,22	7,00
1	RINOMICINE SA	22,70	22,70	1,49	7,00
<b>TOTAL T.T.C :</b>					<b>56,70</b>
Nbr Articles	TVA 7% Base :	56,70	Montant : 3,71	TVA 20% Base :	Montant

**Arrêté la présente facture à la somme de :**  
**Cinquante Six Dirhams et 70 centimes.**

Rinomicine® boîte de 10 sachets



6 118000 090762

مسحوق لـ التحضير الشراب

أكياس  
10

رينوميكين

حمى - سيلان الأنف  
تشنجات عضلية - إرتعاش و تبرد

**OSMOSINE®**

Hydroxyde de Magnésium

Traitement symptomatique  
de la constipation

**OSMOSINE®**

Hydroxyde de Magnésium

Flacon de 260 ml



6 118000 210054

22,70

260 ml  
Suspension  
Voie Orale

PHARMAS5  
LOT:9591  
UT.AV:12-21  
PPV:22DH70

PPV  
34DH00

مختبرات الصيدلانية فارما5  
يسعى لحل مشكلة صيدلي مسؤول