

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

### Radiologie 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.

### Rééducation :

- 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com   |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com       |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhession@mupras.com |

La 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		25077	
Matricule : 02334		Société : a a	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre:	
Nom & Prénom : Nadib abdallaf		0910111926	
Date de naissance : 06/07/1979		a	
Adresse : a		Total des frais engagés : a	
Tél. 0679987938		Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : a	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : a	
En cas d'accident, précisez les causes et circonstances : a	
Dans le cas où la déclaration aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle	

13 MARS 2020  
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 : ACCUEIL  
Signature de l'adhérent(e): *Elyam*

### 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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE Abdelhakim Mr. BENSLIMANE Mohammed Résidence Al Amal Imm. 7 N° 4 Rahma Dar Bouazza - Casablanca Tél 05 22 65 85 70</i>	<i>9/13/20</i>	<i>PHARMACIE Abdelhakim Mr. BENSLIMANE Mohammed Résidence Al Amal Imm. 7 N° 4 Rahma Dar Bouazza - Casablanca Tél 05 22 65 85 70</i>

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

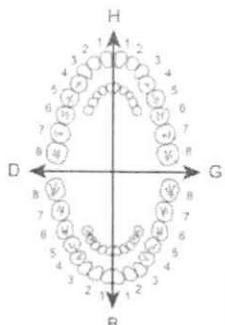
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

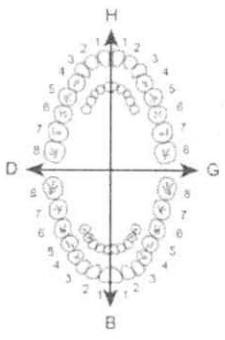
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

PHARMACIE ABDELHAKIM

Magasin 4 Gh6, immeuble 7  
Ikamat Al Amal, Errahma,  
Casablanca.

Téléphone : 0522.65.85.70

Patente N° :



FACTURE

Facturé à :

Abdelrah Nordin

Date : 21/3/2020

N° Facture : 853

Pour : Achat de médicaments

Désignation

Madopar 250



Stilnox 10mg



Quantité

Dr. BEN SLIMANE  
Résidence Al Amal Imm. 7 N° 4  
Errahma Dar Bouazza - Casablanca  
Tél 05 22 65 85 70

Prix unitaire

298,00

16,60

Prix Total

853,00

16,60

853,00

16,60

853,00

16,60

853,00

16,60

853,00

16,60

853,00

16,60

853,00

16,60

853,00

16,60

853,00

16,60

853,00

16,60

853,00

16,60

853,00

16,60

853,00

16,60

853,00

16,60

853,00

16,60

853,00

Total

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
LOT : 19E001  
PER : 07/2023

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
LOT : 19E001  
PER : 07/2023

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
LOT : 19E001  
PER : 07/2023

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
LOT : 19E001  
PER : 07/2023

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V : 298,00 DH  
6 118000 061465

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V : 298,00 DH  
6 118000 061465

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V : 298,00 DH  
6 118000 061465

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V : 298,00 DH  
6 118001 050697