

## 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 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 |

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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-595177

56862

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 06698

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FACHTA LI

DRISS.

Date de naissance :

24/03/1964

Adresse :

321, 1st Avenue Ben Romdhane Casablanca

Tél. : 066 131 06 33

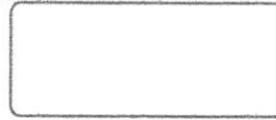
Total des frais engagés :

66,76

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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
				INP : [REDACTED]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien Nom du Fourneau	Date	Montant de la Facture
<i>P. A. C. M. N. E. S.</i> Casablanca - 0522 29 26 59	04/01/2021	66,70
		<i>D.N.P.C. 092 896 38</i>

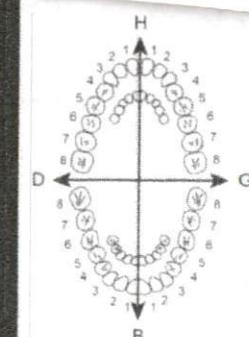
### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

<p><b>RES</b></p> <p>nt la nature</p> <p><b>LYSOPURIC®</b> Allorépine 100 mg Boîte de 50 comprimés</p> <p>PPV : 26,20 DH</p> <p>analaires,</p> <p>INP :</p> <p>6 118000 190561</p> <p>EFFICIENT ES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXECUTION</p> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>	<p>AMM N° 473/17/DMP/21/MAR</p> <p>Fabricant : <b>PIERRE FARRE MEDICAMENT PRODUCTION</b> Rue du Lycée 45500 Gien - France Téléphone : 02 33 45500 - Fax : 02 33 45500</p> <p>319334</p> <p>6 118001 103041</p> <p><b>Tardyferon® 80mg</b> 30 comprimés pelliculés</p> <p>Distribué par COOPER PHARMA 41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI</p> <p>PPV : 40,50 DH</p>  <p><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p> <p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>	H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
G																			

PHARMACIE DES DARBISTES  
Dr. ALAMI ZINEB  
MOSQUEE NAOURAS RDC DE LA MOSQUEE OMAR AL FAROUK  
NUMERO 3 DAR BOUAZAA 27 223, CASABLANCA

Patente N° 32900655  
ICE 002159865000045  
IS 50835138

Tél : 0522292859

Le :

4/1/2021

(  
FACTURE : Driss  
)

FACTURE : 352

du :

4/1/2021

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	Tardy form 80	40,50	40,50	
1	Lys Puric 5	26,20	26,20	
Total TTC			66,70	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

soixante six dirhams et  
70 centimes.



7