

## 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 | : 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 50063		Société : <i>Deces</i>	
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input checked="" type="checkbox"/> Autre : <i>H<sup>2</sup> AAISSI ZAFRA JIVE RIDAOUI Ahmed</i>	
Nom & Prénom : <i>H<sup>2</sup> AAISSI ZAFRA JIVE RIDAOUI Ahmed</i>			
Date de naissance : 1989			
Adresse : <i>Cité PLATEAU Imm 7, Apt 48 CASA</i>			
Tél. : 0666274783		Total des frais engagés : 1049,40 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <i>AAISSI ZAFRA ACCU</i> Age: 71			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même		<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <i>HTA</i> <input type="checkbox"/> 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 : *CMH*

Le : *25/02/2021*

Signature de l'adhérent(e) : *AAISSI ZAFRA*

## 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
<b>PHARMACIE MARCHABA</b> <i>Andrea ACHOUR</i> <i>81, Avenue Hassan II - A.R - Casablanca</i> <i>Tél. 022.31.16.40 / 022.31.11.20</i>	25/02/2021	1049,40 Dhs

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 l'ODF

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	00000000
	35533411
	11433553

## [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVI

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# PHARMACIE MARHABA

61, Av. de l'Armée Royale Casablanca

ANDRE ACHOUR  
Docteur en pharmacie  
Faculté de MARSEILLE FRANCE

R.C : 118264 Patente: 35 101 720  
T.V.A : 823288 C.N.S.S: 1850107  
Tél : 0522 31 16 40

Le 25/02/2021

## FACTURE N°573078

N° ICE : 001667749000020

N° IF : 43900800

MME AAISSI ZAHRA

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	CARDIO ASPIRINE 100 MG	27,70	83,10		
3	CARDENSIEL 5MG/30CP	58,10	174,30		
3	EXFORGE 5MG/160MG 28CP	264,00	792,00		

TOTAL T.T.C :

1 049,40

PHARMACIE MARHABA  
André ACHOUR  
61, Av. de l'Armée Royale Casablanca  
Tél: 022.31.16.40 / 022.31.43.69

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Mille Quarante Neuf Dirhams et 40 centimes.



valable 3 mois

Le 01/02/2020

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme M. AAISSI ZARA

Présente Diabète HTA - Coronopathie

Nécessitant un traitement d'une durée de : Suis renouvelé bte

enfophage 500 mg, 1000 mg, Rosette, Rosette, aspirin

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir-Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca