

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-578985

65 M

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)	
Matricule :	00683
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom :	
AOUAD M'HAMED	
Date de naissance :	21.12.1943
Adresse :	256 BO DE BORDEAUX ETAGE APPT 4 <sup>e</sup> 10 CASABLANCA
Tél. :	05 22 26 80 80
Total des frais engagés	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

AOUAD M'HAMED

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

maladies chroniques

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 : 05/03/2021

Le : 26/03/2021

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

Date	Montant de la Facture
26/01/2021	2103,90

### 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	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

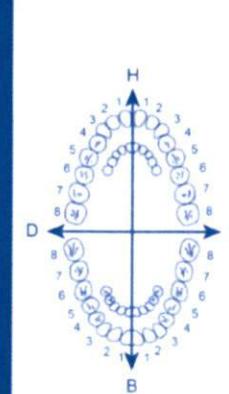
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

### 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

**PHARMACIE MY YOUSSEF**  
 SELMA CHERIF D'OUAZZANE  
 139 BD MOULAY YOUSSEF  
 CASABLANCA  
 Taxe Profes. N°: 35405678  
 N° R.C. : 311840 N° CNSS: 6387733  
 N° ID.F. : 40100310 N° ICE 001597613000058  
 Tel : 022222725  
 Fax : 022480768

**AOUAD MHAMED**

I.C.E. :

Le : 26/01/2021

**FACTURE N°: 7351/21**

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
2	ASPEGIC 100 SACHETS	21,80	7	43,60
1	DETENSIEL 10MG COMPS/30	72,00		72,00
2	GLUCOPHAGE 1000 MG BT 30 CPS	28,00		56,00
1	JARDIANCE 25 MG	550,00		550,00
1	TENSEMIDE 5 MG BT 30 CPS	39,30		39,30
1	VEPRAN 300 MG BT 28 CPS	150,00	7	150,00
1	VICTOZA 6 MG BT 2 STYLOS	1193,00		1 193,00
<b>TVA 7%:</b>		<b>12.67</b>	<b>Total :</b>	
			<b>2 103,90</b>	

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

DEUX MILLE CENT TROIS DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS

*PHARMACIE MY YOUSSEF  
 Salma Cherif D'ouazzane  
 Docteur en Pharmacie  
 139 Boulevard My Youssef  
 Casablanca - Tel: 05 22 22 22 25*



LOT: 12220002  
 PER: 09/2023  
 PPV: 39,30 DH

ASPEGIC 100MG  
 SACHETS B20  
 P.P.V: 21DH80  
 6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
 SACHETS B20  
 P.P.V: 21DH80  
 6 118000 061113

DÉTENSIEL® 10 mg  
 30 comprimés pelliculés sécables  
 6 118001 101788  
 PPV: 72,00 DH  
 Distribué par Cooper Pharma

LOT 201388  
 EXP 09/2023  
 PPV 28.00DH

LOT 201388  
 EXP 09/2023  
 PPV 28.00DH

Victoza®  
 6 mg/ml  
 Solution injectable  
 2 stylos pré-remplis 3ml  
 -- LAPROPHAN --  
 PPV: 1193DH00

6 118001 121403"