

# 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 | adhésion@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.

MUPRAS : Centre Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

67915  
 Optique

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)	
Matricole : 10914	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e),
Nom & Prénom : HAFDI HAKIMA	
Date de naissance : 24-02-1976	
Adresse :	
Tél. : 0662 682678	
Total des frais engagés : 44,60	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
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 médecin conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente d'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnel

Fait à : NSR

Le 15/04/2019

## 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 : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE D'EXCELENCE</i> Fatima MAROUFI D'EXCELENCE 13 Bd Mohamed V Béziers Tél : 05 22 32 40 68	02/04/21	44.60

## ANALYSES - RADIographies

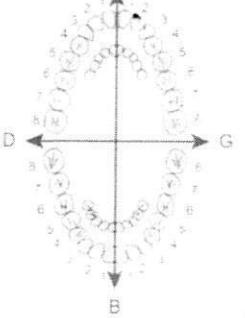
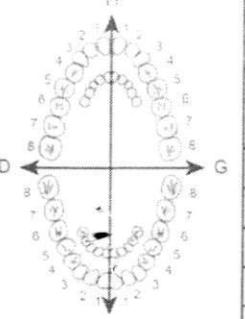
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## 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.

<p>Le praticien a déclaré que les honoraires sont payés</p> <p>Impôts et taxes sont payés</p> <p>Le praticien a déclaré que les honoraires sont payés</p> <p>Impôts et taxes sont payés</p>	<p>Le praticien a déclaré que les honoraires sont payés</p> <p>Impôts et taxes sont payés</p> <p>Le praticien a déclaré que les honoraires sont payés</p> <p>Impôts et taxes sont payés</p>	<p>Le praticien a déclaré que les honoraires sont payés</p> <p>Impôts et taxes sont payés</p> <p>Le praticien a déclaré que les honoraires sont payés</p> <p>Impôts et taxes sont payés</p>	<p>Le praticien a déclaré que les honoraires sont payés</p> <p>Impôts et taxes sont payés</p> <p>Le praticien a déclaré que les honoraires sont payés</p> <p>Impôts et taxes sont payés</p>	<p>Le praticien a déclaré que les honoraires sont payés</p> <p>Impôts et taxes sont payés</p> <p>Le praticien a déclaré que les honoraires sont payés</p> <p>Impôts et taxes sont payés</p>	<p>Le praticien a déclaré que les honoraires sont payés</p> <p>Impôts et taxes sont payés</p> <p>Le praticien a déclaré que les honoraires sont payés</p> <p>Impôts et taxes sont payés</p>	<p>Le praticien a déclaré que les honoraires sont payés</p> <p>Impôts et taxes sont payés</p> <p>Le praticien a déclaré que les honoraires sont payés</p> <p>Impôts et taxes sont payés</p>	<p>Le praticien a déclaré que les honoraires sont payés</p> <p>Impôts et taxes sont payés</p> <p>Le praticien a déclaré que les honoraires sont payés</p> <p>Impôts et taxes sont payés</p>	<p>Le praticien a déclaré que les honoraires sont payés</p> <p>Impôts et taxes sont payés</p> <p>Le praticien a déclaré que les honoraires sont payés</p> <p>Impôts et taxes sont payés</p>	<p>Le praticien a déclaré que les honoraires sont payés</p> <p>Impôts et taxes sont payés</p> <p>Le praticien a déclaré que les honoraires sont payés</p> <p>Impôts et taxes sont payés</p>													
										<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">H</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">B</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">G</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Therapeutique nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552																				
D	00000000	00000000																				
B	00000000	00000000																				
G	35533411	11433553																				
										<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>												
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN A</p>																						

PHARMACIE BERRECHID  
Halima MARRAKCHI PHARMACIENNE  
93 Bd Mohamed V Berrechid  
Tél : 05 22 32 43 68

FACTURE

N° 953

A Berrechid le 02/04 2021.

Mme. HAFDI MAXIMA.

Doit

QUANTITE	DESIGNATION	PRIX U.	TOTAL
1	cfourdo 2 plus	3060	3060
1	dr 5-18	1110	1110
			4460

cette présente facture est arrêté au montant de quarante quatre dirhams 60 cts.

PHARMACIE BERRECHID  
Halima MARRAKCHI PHARMACIENNE  
93 Bd Mohamed V Berrechid  
Tél : 05 22 32 40 68

# Doliprane®

## 1000 mg

PARACÉTAMOL



**ADULTE**  
10 Comprimés

**COMPRIMÉ**

boltU

82, Allée des Casuarinas - Ann-Séchelles - Caraïbes  
S.Rachouki - Pharmacien Responsable

b

14,00

PPV 14 D H 00  
PER 04/23  
LOT J 1063



الدواء المصطف  
الجلد بلوس

claradol® plus

20 comprimés



6

118000

170556

ل ٢٠

AV.

٢

١٠.

CTE

P.P.V

٣٠ ٦٠  
30,60