

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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

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.

Nº P19-

062490

82568

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2493

Société : Retraite

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : SA Bi R Abdellah

Date de naissance : 21.06.1949

Adresse : WFAK 3 N° 80 Rue 80 Casablanca

Tél. : 0624904934

Total des frais engagés : 67,50 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 : Casablanca

Le : 07.10.91.28.21

Signature de l'adhérent(e) :

SL

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

**Cachet du Pharmacien**  
**pharmacie douria Erhab SARL AU**  
N° 299 Rue 64 El Wifak 3  
El Oulfa Casablanca  
tel: 05 22 91 51 34

Date

### Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>	
	$  \begin{array}{r}  25533412 \quad 21433552 \\  00000000 \quad 00000000 \\  \hline  00000000 \quad 00000000 \\  35533411 \quad 11433553  \end{array}  $		<b>MONTANTS DES SOINS</b>	
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<b>DATE DU DEVIS</b>	
			<b>DATE DE L'EXECUTION</b>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE DOUNIA ERAHA SARL AU  
 BENYAHIA TABIB DOUNIA  
 RUE 64 N°299 WIFAK 3 OULFA CASABLANCA  
 Tél : 0522915134

Patente N°: 35065673  
 N° R.C. : 369135  
 Compte :  
 CNSS : 2362739  
 Id.Fiscale : 20739649  
 ICE : 001840763000065

Le : 18/08/2021

ABDELLAH SABIR

Pharmacie Dounia Eraha SARL AU  
 N° 299 Rue 64 El Wifak 3  
 El Oulfa Casablanca  
 Tél: 05 22 91 51 34

FACTURE : 19009 du : 18/08/2021

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	BETNEVAL CREME	12,00	12,00	7,00%
1	FELDEN 20MG 5CPS DISP	22,50	22,50	7,00%
2	HEMOFAST SUPPO BTE 6 SUPP	14,50	29,00	7,00%
Total TTC		63,50		
Droits de timbre		0,00		
Net à payer		63,50		

Arrêtée la présente facture à la somme de : SOIXANTE TROIS DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	59,35	4,15	63,50
		59,35	4,15	63,50

