

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

## **Informations générales :**

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

## **Biologie 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

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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

## **Déclaration de Maladie : N° P19- 0006530**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 007005

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FAHER Jamil

Date de naissance :

Adresse : Habtuelle

Tél. : 06.68.45.14.00

Total des frais engagés : ..... 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) : .....

Fayrouz

RELEVE DES FRAIS ET HISTORIQUE DE LA FONCTIONNEMENT	
6 118001 102006 Levothyrox® 25 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 6,80 DH  7862160342	Montant d'Honorat ..... Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH  7862160342
6 118001 102013 Levothyrox® 50µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 13,40 DH  7862160346	Montant d'Honorat ..... Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH  7862160346
6 118001 102020 Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH  7862160342	Montant d'Honorat ..... Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH  7862160342
Montant de la Facture	
24/09/2011	
585,60	

ANALYSES - RADIOPHARIES			
	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
* VIGNETTE <b>NEBILET® 5mg</b> 28 comprimés O PPV 87DH50	V136132/01		
VIGNETTE <b>NEBILET® 5mg</b> 28 comprimés O PPV 87DH50	V136132/01	* VIGNETTE <b>NEBILET® 5mg</b> 28 comprimés O PPV 87DH50	V136132/01
VIGNETTE <b>NEBILET® 5mg</b> 28 comprimés O PPV 87DH50	V136132/01	* VIGNETTE <b>NEBILET® 5mg</b> 28 comprimés O PPV 87DH50	V136132/01
Cardiaspirine 100 mg/30cps Acide acétysalicylique P.P.V. : 27,70 DH Bayer S.A.  6 118001 090280	7862110342	Cardiaspirine 100 mg/30cps Acide acétysalicylique P.P.V. : 27,70 DH Bayer S.A.  6 118001 090280	7862110342
Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH	7862110342	Levothyrox® 25 µg. Comprimés sécables B/30 PPV: 6,80 DH	7862110342
Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH	7862110342	Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH	7862110342

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.			
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d'			
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS			
DÉBUT D'EXÉCUTION			
FIN D'EXÉCUTION			
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS			
DATE DU DEVIS			
DATE DE L'EXÉCUTION			



# PHARMACIE LE GALIEN

77 Rue de Rome Mers Sultan. CP20409 Casa

R.C :372926

Patente:34450900

T.V.A :40151144

C.N.S.S:7666805

Tél :0522-80-67-87

Le 24/09/2021

## FACTURE N°728925

N° ICE : 000521790000047

FAHER JAMILA

N° IF : 40151144

SANS ADRESSE

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	LEVOTHYROX 50 X 28 CP	13,40	13,40	0,88	7,00
6	LEVOTHYROX 100 X 28 CP	24,40	146,40	9,58	7,00
4	NEBILET X 28 CP	87,50	350,00		
2	CARDIO-ASPIRINE 100 MG X 30 CP	27,70	55,40		
3	LEVOTHYROX 25 X 28 CP	6,80	20,40	1,33	7,00