

# 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.

## **tique :**

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.

## **ntaire :**

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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

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

Matricule : 6034

Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DOUINA NOUSTAFA

Date de naissance : 20.07.1958

Adresse : AL KHOZAMA 7 imm 10 APT 5 LISSASFA  
CASA BLANCA

Tél. : 0661447351 Total des frais engagés : 1120,30 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même

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 : CASA BLANCA

Le : 11.11.2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 11/10/21	11/10/21	11.20,30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

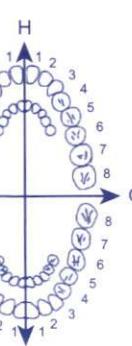
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



# PHARMACIE HASSANA

118/119 lot. Al Khozama LISSASFA

Docteur en pharmacie  
Faculté de Nancy  
FRANCE

R.C :293256 Patente:36211260  
T.V.A : C.N.S.S:6289468  
Tél :0522650244

Le 11/10/2021

## FACTURE N°520872

N° ICE : 001666353000076

\*\*\* MR DOUMA MOSTAFA \*\*\*

N° IF : 50804205

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	PRAXILENE 200 MG 20 CPS	69,00	207,00	13,54	7,00
1	TRIATEC 2.5 MG	97,70	97,70		
1	CORALAN 5MG / 56CPS	448,00	448,00		
1	COPLAVIX 75MG/ 100MG 30CPS	270,00	270,00		
1	REDLIP 20 MG ** 30 CP	97,60	97,60		



LOT : 200751  
UT AV: 12/2022  
PPV : 69,00DH

LOT : 200757  
UT AV: 12/2022  
PPV : 69,00DH

LOT : 200757  
UT AV: 12/2022  
PPV : 69,00DH

97,00

MXGS0107  
6118001130047  
AMM n°: 564/17 DMP/21/17  
CORALAN 5 mg  
56 comprimés pelliculés  
P.P.V : 448,00 DH  
Servier Maroc - Casablanca

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain seba Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH  
6118001 082018

TOTAL T.T.C :

1 120,30

Nbr Articles	TVA 7% Base :	207,00	Montant :	13,54	TVA 20% Base :
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Mille Cent Vingt Dirhams et 30 centimes.

97,00

valable 3 mois

Le 12/09/2021

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné : D'hijas Ilhame

Certifie que Mlle, Mme, M. : Douita Boutef

Présente Cardiopathie ischémique

Nécessitant un traitement d'une durée de : 3 mois

Dont ci-joint ordonnance : cf. ord

(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

1<sup>e</sup> G. Plaxix : 1cp/j  
2<sup>e</sup> Triptec 2,5 : 1/2 cp x 2/j  
3<sup>e</sup> Redlip 20 : 1cp/j  
4<sup>e</sup> Proxitene 200 : 1cp x 2/j  
5<sup>e</sup> Corolau 5 : 1cp x 2/j

3 mois

Dr Ilhame HJIAJ  
Cardiologie Adulte et Pédiatrique  
79, Rue de Rome Angle Bd. 2 Mars  
Res. Carre d'Or Casablanca  
05 22 91 54 54 / 06 62 21 77 00 41