

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ○ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

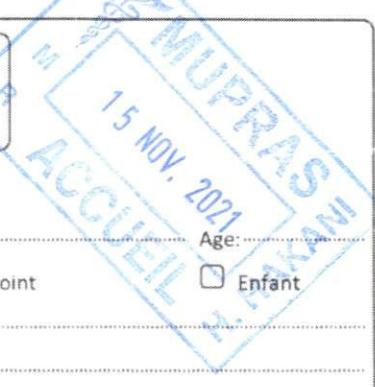
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-604262

92122

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 532 Société : RAT			
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : Retraite			
Nom & Prénom : OTTERATH			
Date de naissance : 1 JUN 1947			
Adresse : 302 Bd Zellissem AIC 5 - CASA			
Tél. : 0665111222 Total des frais engagés : 617,20 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	/
Nom et prénom du malade :	Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : 2021

Le : 18/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.	.	.	.	INP : [ ]
.	.	.	.	
.	.	.	.	
.	.	.	.	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie EL ANDALOUSSI H.T. Bd Abdellatif Ben Kaddour 161 - 022-36-55-00</i>	20/09/2021	611,20
.	.	.
.	.	.
.	.	.

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

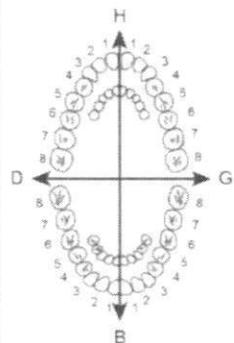
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.

### AUXILIAIRES MEDICAUX

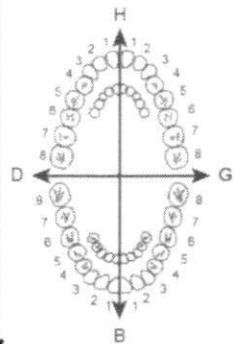
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	IV	
.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

# PHARMACIE EL ANADEL

3 bd abdellatif ben kaddour



pharmacien diplômé de l'université de CAEN  
HOMEOPATHIE-PHYTOTHERAPIE-HERBORISTE

R.C : Patente:35600524

T.V.A :

Tél : 0522 36 54 38

Le 20/09/2021

## FACTURE N°594951

N° ICE : 001620659000071

**IO**  
LOT 1093  
PER 11/22  
PPV 57,80 DH

CHERRADI ABDERHMANE

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	TORVA CO 10MG 30U	57,80	57,80		
1	MONOPROST COLLYRE 30 UNIDOSE	178,90	178,90		
2	TANAKAN CO 40MG 30U	71,30	142,60		
1	DIPROSONE POMMADE GM	32,50	32,50		
3	ASPEGIC ST 100MG	21,80	65,40		
1	OEDES 20MG B56 GÉLULES	140,00	140,00		

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178,90 DH

6 118001 072583

Distribué par le laboratoire SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

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

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

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

LOT : 210600  
PER : 12~2023  
PPV : 140,00DH

Pharmacie EL ANADEL  
Mme H.T. EL ARAKI  
Bd. Abdellatif Ben Kaddour  
Tunisie 1007

TOTAL T.T.C :

617,20

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Six Cent Dix-sept Dirhams et 20 centimes.