

# ECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ons générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie. validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

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.

## phacie :

les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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

106309  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1224 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HDIAUCHE AHMED

Date de naissance : 27-6-48

Adresse : 60 - RUE IBNOU HALADA RES. KENZA

BOURGOGNE - CASABLANCA

Tél. : 06 66 80 12 25 Total des frais engagés : 954,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : ABADAN TOURIA Age: 68 Ans

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 : 02/03/2022

Signature de l'adhérent(e) : YAHIA Le : 02/03/2022



## 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 ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE DES SAHARAIS<br>Dr. HOUSSAINA NADIA<br>34, Rue Ibnou Jallil - Bourgogne<br>Tél : 0522 29 99 44 - Casablanca | 02/03/22 | 9514,00               |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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.

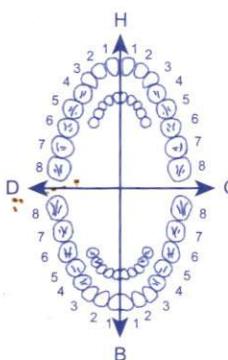
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



#### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# PHARMACIE DES ENFANTS

34, RUE IBNOU JAHIR .BOURGOGNE AL ANK

DR EN PHARMACIE

De La Faculté de Pharmacie  
Université Libre de Bruxelles

R.C :

Patente:35652327

T.V.A :

C.N.S.S:2172310

Tél :0522 209044

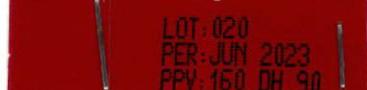
Le 02/03/2022

**FACTURE N°578840**

N° ICE : 001808939000087

N° IF : 20702603

**MME ABADAN TOURIA**

| Qté                  | Désignation   | Prix Public de Vente<br>PPV Unitaire | Total<br>BRUT | Dont<br>TVA   | %<br>Taux     |
|----------------------|---|--------------------------------------|---------------|---|---------------|
| 1                    | CERUVIN 75MG / 28CPS  | 160,00                               | 160,00        |   |               |
| 1                    | NO DEP 50MG / 30CPS   | 126,80                               | 126,80        | 8,30  | 7,00          |
| 1                    | PRISDAL 0,5MG / 30CPS   | 90,00                                | 90,00         | 5,89  | 7,00          |
| 1                    | IRPHI PLUS 300 MG /25 MG /30 C  | 160,90                               | 160,90        |   |               |
| 1                    | CARDIOASPIRINE 100MG / 30CP   | 27,70                                | 27,70         |   |               |
| 1                    | ROSUVAS 20 MG/30CP  | 255,00                               | 255,00        |   |               |
| 1                    | MC2 MEMOIRE 30CPS   | 99,00                                | 99,00         | 16,50   | 20,00         |
| 1                    | LASILIX B/20 CP   | 34,60                                | 34,60         |   |               |
|                      | Cardioaspirine 100 mg/30cps<br>Acide acétylsalicylique<br>P.P.V. : 27,70 DH<br>Bayer S.A. |                                      |               | PPV: 160DH00  |               |
|                      |        |                                      |               | Lot n°:   |               |
|                      | Lot n°:<br>EXP:<br>PPV: 255 DH 00   |                                      |               | Exp:  |               |
|                      |        |                                      |               |  |               |
|                      |        |                                      |               |  |               |
|                      |        |                                      |               |  |               |
| <b>TOTAL T.T.C :</b> |   |                                      |               |   | <b>954,00</b> |

|              |               |        |           |       |                |       |         |       |
|--------------|---------------|--------|-----------|-------|----------------|-------|---------|-------|
| Nbr Articles | TVA 7% Base : | 216,80 | Montant : | 14,19 | TVA 20% Base : | 99,00 | Montant | 16,50 |
|--------------|---------------|--------|-----------|-------|----------------|-------|---------|-------|

Arrêté la présente facture à la somme de :

**Neuf Cent Cinquante Quatre Dirhams.**