

# 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.

## **rmacie :**

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.

## **adie 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.

**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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2679 Société : Retraite R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : JEMRANE Bachir

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : lot 2 ITAD 7 rue 6 N° 59 et ouest

Tél. : 666.989.734 Total des frais engagés : 43,10 Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019 Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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.

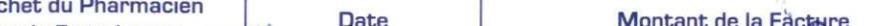
Fait à : Castblanc Le : 19.10.2022

Signature de l'adhérent(e) : J. M. B.

#### **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 |
|--|----------|-----------------------|
| <br>Siham GERRAOUI<br>Docteur en Pharmacie<br>4, Residence Annaïm - Oulfa<br>05 22 89 43 09 - Casablanca | 19/05/22 | T- 436.6              |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MÉDICAUX

| 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 :**

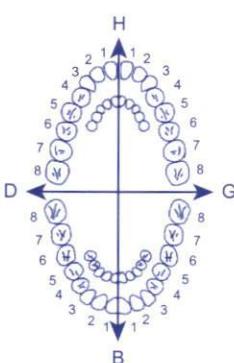
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

#### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



**PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM**  
**RESIDENCE ANNAIM ME4 OULFA CASABLANCA**

R.C :

Patente:36030100

T.V.A :

C.N.S.S:6304638

Tél : 022 89 43 09

Le 19/05/2022

**FACTURE N°497007**

N° ICE : 000500237000075

N° IF :

**JEMRANE BOUCHAIB****ICE N° :**

| Qté | Désignation      | PPV Brut<br>Unitaire | %<br>Remise | PPV NET<br>Remisé | Total<br>BRUT | Total<br>REMISE | Total<br>NET TTC | Dont<br>TVA | %<br>Taux |
|-----|------------------|----------------------|-------------|-------------------|---------------|-----------------|------------------|-------------|-----------|
| 1   | BETNEVAL POMMADE | 12,00                | 0,00        | 12,00             | 12,00         |                 | 12,00            |             |           |
| 1   | PYROSIX SIROP    | 31,50                | 0,00        | 31,50             | 31,50         |                 | 31,50            |             |           |

Dr. Maria MAFTOUH  
Pharmacien Responsable

**PYROSIX®**  
Suspension buvable - Flacon de 250 ml

PPV : 31,50 DH

Barcode: 6 118900 1603111  
Pommeade, tube de 10g  
BETNEVAL 0,1%  
0000 118900 1603111

Barcode: 6 118900 1603111  
Pommeade, tube de 10g  
BETNEVAL 0,1%  
0000 118900 1603111

LUT: 02/23  
PER: OCT 2024  
PPV: 12 DH 00

|          |       |          |      |           |       |
|----------|-------|----------|------|-----------|-------|
| BRUT TTC | 43,50 | - Remise | 0,00 | = NET TTC | 43,50 |
|----------|-------|----------|------|-----------|-------|

Nombre d'Articles : 2

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :

Quarante Trois Dirhams et 50 centimes.