

# 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.

**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

Nº P19- 0038259

Maladie

Dentaire

Optique

125120

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2867

Société : R - A - N -

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ENNARI

EL 105 TAFA

Date de naissance : 18/11/55

Adresse : Leg. CASA

Tél. : 0661321595

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR MOHAMED JELLAL  
Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris  
24, Rue de Bagdad - CASA  
Tél. 0522 42 27 02

Date de consultation : 80/06/2022

Nom et prénom du malade : Eddar El Mostafa

Age:

Lien de parenté : DM

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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
30/06/82	S	1	200	Dr. MOHAMED JELLA Ex. Assistant C.H.U St Louis Paris 24, Rue de Bagnolet - CASA T.M. 0532 48 32 8818

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/06/2022	1966,50

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### 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 l'ODF.

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 00000000 D ————— 00000000 35533411      21433552 00000000 11433553	G
			Coefficient DES TRAVAUX
			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'EXECUTION

# Docteur Mohamed JELLAL

الدكتور محمد جلال

Ex. Assistant C.H.U. St LOUIS Paris

Membre de l'Alfédiam et E.A.S.D.

Diabète - Obésité - Cholestérol - Thyroïde

طبيب سابق بمستشفى سانلويز بباريس

أمراض السكري - السمنة - الكولسترول

الغدة الدرقية

Tél. : 0522 48 27 88

0522 48 27 88

الهاتف :

$$3 \times 107,60 = 322,80$$

Casablanca, le

30/06/88

$$3 \times 208,00 = 624,00$$

$$5 \times 126,10 = 630,50$$

$$2 \times 36,00 + 192,00$$

$$4 \times 26,00 = 104,00$$

$$4 \times 26,00 = 104,00$$

$$4 \times 22,00 = 88,00$$

$$7 \text{ As Nardif}$$

1966,50

PPV: 96DH00  
PER: 09/23  
LOT: K1709-2

PPV: 96DH00  
PER: 04/24  
LOT: K3638-1

20,800

20,800

20,800

Docteur Mo  
Ex. Assistant C.H.  
20 Rue de Bagdad  
CP 100 - 05000 Casablanca

24، زقة بغداد (قرب زقة أكدير ومصطفى المعاني) - الطابق السادس - الدار البيضاء

24, Rue de Bagdad (ex Damrémont) R.D.C. Angle Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maâni) - Casablanca

PH. CROIX DU SUD

MME KTIRI JOUNDY FATIMA

62 RUE MED SEDKI

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35424065

N° R.C. : 372691

N° CNSS : 1175638

N° ID.F. : 20763230

Tel : 022277534

Fax : 022208027

M

Le : 30/06/2022

FACTURE N°: 9463/22

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
4	ASKARDIL 75MG B 30 CPS	22,40		89,60
5	COSOPT COLLYRE 5ML	126,10	7	630,50
3	COVERAM 5MG/5MG BT/ 30 CP	208,00		624,00
4	ODIA 1MG B 30	26,90		107,60
2	PRAZOL 20MG /28GELULES	96,00	7	192,00
3	STAGID 700MG /100CPS	107,60		322,80

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés  
disperables  
PPU 22DH40  
EXP 09/2023  
LOT 16012 6

TVA 7%: 53.81

Total : 1 966,50

Sans PPU

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE NEUF CENT SOIXANTE SIX DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés  
disperables  
PPU 22DH40  
EXP 09/2023  
LOT 16012 6



LOT 213490  
EXP 01 2025  
PPV 107.60

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés  
disperables  
PPU 22DH40  
EXP 09/2023  
LOT 16012 6

LOT 213486  
EXP 01 2025  
PPV 107.60

LOT 212243 1  
EXP 10 2024  
PPV 26.90

LOT U012163 1  
EXP 02 2023  
PPV 126.10 DH

LOT 220263 1  
EXP 01 2025  
PPV 26.90

LOT U031803 2  
EXP 07 2023  
PPV 126.10 DH

LOT 212248 1  
EXP 10 2024  
PPV 26.90

LOT U031803 1  
EXP 07 2023  
PPV 126.10 DH

LOT 212243 1  
EXP 10 2024  
PPV 26.90

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés  
disperables  
PPU 22DH40  
EXP 09/2023  
LOT 16012 6

LOT U037807 1  
EXP 10 2023  
PPV 126.10 DH

LOT U037807 3  
EXP 10 2023  
PPV 126.10 DH