

## 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**

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

1330HS

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2296

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

LAHLOU

RACHID

Date de naissance :

01/01/56

Adresse :

LOT LA COCLINE II N°10 CALIFORNIE

Tél. :

0661159849

Total des frais engagés :

4500 Dhs

**Autorisation CNDP Nº : A-A-215/2019**

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

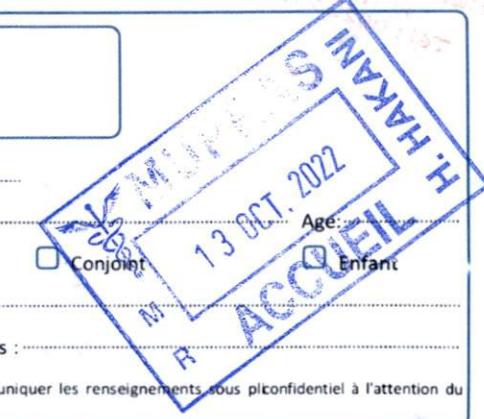
Age:

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) : 01/10/2022

Le :



### 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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

PHARMACIE ARIJ  
SAFIA AU  
Route 1029 Ouled Said 15, Casablanca  
RC N° 361421  
Tél : 0522 21.90.07

12/10/22      500,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE ARIJ  
BD DAMANE N°5 CALIFORNIE

R.C :

Patente:34025424

T.V.A :

Tél : 0522219007

Le 12/10/2022

FACTURE N°436288

N° ICE : 001777922000048

N° IF :

MR LAHLOU RACHID

casa

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
4	AZOPT 10MG/ML COLLYRE	125,00	0,00	125,00	500,00		500,00	32,71	7,00

PHARMACIE ARIJ  
SARL AU  
Route 1029 Ouled Said N°5 California Casablanca  
RC N°: 891421  
Tél: 0522 21 90 07

BRUT TTC 500,00 - Remise 0,00 = NET TTC 500,00

Nombre d'Articles : 1	TVA 7% Base : 467,29	Montant : 32,71	TVA 20% Base :	Montant
-----------------------	----------------------	-----------------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :

Cinq Cent Dirhams.

Lot :

1HEG1B

EXP :

06 2023

AZOPT® 10 mg/ml  
collyre en suspension  
Brinzolamide

Lot :

1HEG1B

EXP :

06 2023

AZOPT® 10 mg/ml  
collyre en suspension  
Brinzolamide

Lot :

16KA16

EXP :

04 2023

AZOPT® 10 mg/ml  
collyre en suspension  
Brinzolamide

Lot :

1HEG1B

EXP :

06 2023

AZOPT® 10 mg/ml  
collyre en suspension  
Brinzolamide

6 118001 070114

Laboratoires Sothema Bouskoura

AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml

Boîte de 1 flacon

PPV : 125,00 DHS

AMM N° 261/18DMP/21/NRS

446373 MA

6 118001 070114

Laboratoires Sothema Bouskoura

AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml

Boîte de 1 flacon

PPV : 125,00 DHS

AMM N° 261/18DMP/21/NRS

446373 MA

6 118001 070114

Laboratoires Sothema Bouskoura

AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml

Boîte de 1 flacon

PPV : 125,00 DHS

AMM N° 261/18DMP/21/NRS

446373 MA

6 118001 070114

Laboratoires Sothema Bouskoura

AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml

Boîte de 1 flacon

PPV : 125,00 DHS

AMM N° 261/18DMP/21/NRS

446373 MA

PHARMACIE ARIJ  
SARL AU  
Route 1029 Ouled Said N°5, Californie - Casablanca  
RC N°. 361421  
TEL : 0522 21.90.07