

## 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 du 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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>			
Matricule : <u>1209</u> Société : <u>N.D</u> <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : <u>Deskaoui Malika</u> Nom & Prénom : <u>Deskaoui Malika</u> R307X Date de naissance : <u>7/11/65</u> Adresse : <u>0607 16 87 76</u> Total des frais engagés : _____ Dhs			

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	
Cachet du médecin :  	
Date de consultation : <u>15/01/2022</u> / <u>Malika</u> Age : _____ Nom et prénom du malade : <u>Malika</u> Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" 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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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"/>												
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXÉCUTION FIN D'EXÉCUTION												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXÉCUTION												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	D	11433553	35533411		B	
H	21433552															
25533412	00000000															
00000000	00000000															
D	11433553															
35533411																
B																
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 14/10/2022

FACTURE N°510971

N° ICE : 000500237000075

DERKAOUI MALIKA

N° IF :

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
1	OEDES 20MG B7	30,00	0,00	30,00	30,00		30,00		
1	CARDIOASPIRINE 100MG	27,70	0,00	27,70	27,70		27,70		

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM  
Sihain GUEKRAOUI  
Praticien en Pharmacie  
4, Résidence Annaim - Oulfa  
Casablanca  
Tel: 05 22 89 43 09

BRUT TTC 57,70 - Remise 0,00 = NET TTC 57,70

Nombre d'Articles : 2

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Cinquante Sept Dirhams et 70 centimes.

مليٰ 20  
من طريق العزم

7 X



أوميبرازول®  
إوديز

حبوب صامدة للعصارة المعدية في برشامات

مدّة زوال  
صباح مسأله  
مدّة زوال  
صباح مسأله

OEDES 20mg

7 gélules



6 118001 100064

COOPER  
PHARMA

LOT 201589  
EXP 05/2023  
PPV 30.00DH

# كارديوسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

