

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4651

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Jamal EL Arabi Tahsen

Date de naissance : 1953

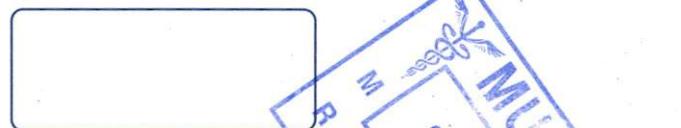
Adresse : 56 Bd Abderrahim Bouabid

Tél. : 6 55 59 08 37

Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

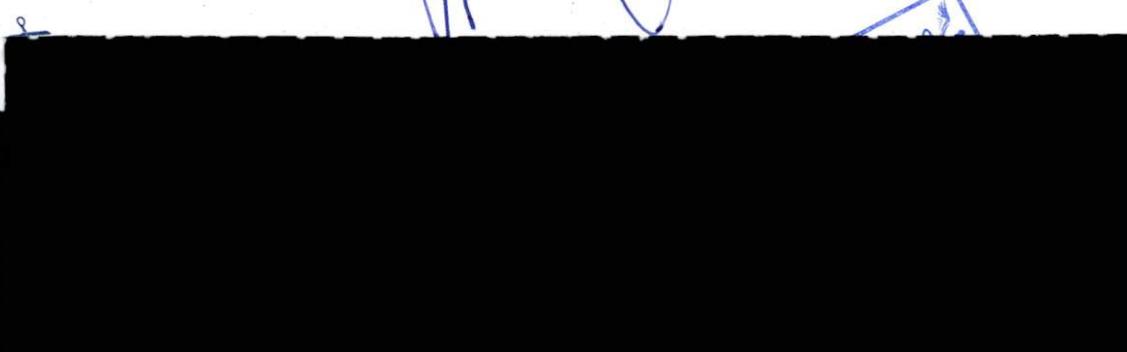
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : Fakir



## 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
<p>Pharmacie les Pyramides Dr. Elmustapha GHANDAF 6, Bis Bd. Abderrahim Bouabid Tél: 0522 99 26 52 - Casablanca INPE: 092049451 - ICE: 002072066000035</p>	7/11/22	399,40

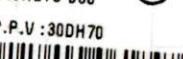
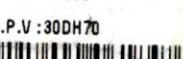
## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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 \* VIGNETTE \* VIGNETTE cte pratiqué en indiquant la  
ALTIAZEM® 60 mg ALTIAZEM® 60 mg  
3 comprimés C 50 comprimés O  
PV 89DH PPV 89DH èses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'uti

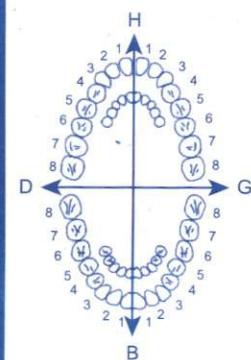
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des	
PPV :	10,00		PPV :	
Exp :			Exp :	
N° Lot :			N° Lot :	20,00
PPV :	10,00		PPV :	20,00
Exp :			Exp :	
N° Lot :			N° Lot :	20,00
PPV :	10,00		PPV :	20,00
Exp :			Exp :	
N° Lot :			N° Lot :	20,00
KARDEGIC 75MG SACHETS B30	0	KARDEGIC 75MG SACHETS B30	0	
P.P.V : 30DH70		P.P.V : 30DH70		
PER : 102 2024		PER : 103 2024		
LOT : ZE004		LOT : ZE005		
	6 118000 061847		6 118000 061847	
B				
O.D.F				
DETERMINATION DU COEFFICIENT				

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

• 100% of the time, the system is available to the user.

	25533412	21433552
	00000000	00000000
<b>D</b>	00000000	00000000
	35533411	11433553
		<b>B</b>

**[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 LES PYRAMIDES

6 bis, Bd Abderrahim Bouabid

R.C :303606

Patente:36030170

T.V.A.

C.N.S.S:6702600

Tél : 0522992652

Le 07/11/2022

FACTURE N°199933

N° ICE : 002072066000035

N° IE · 51500149

ABDDAIMI NAJAT

Pharmacie les Pyramides  
Dr. Elmostapha BHANDAF  
6, Bis Bd. Abderrahim Bouabid  
Tél: 0522 99 26 52 - Casablanca  
INPE: 092049451 - ICF: 002072066000035

## REMISE GLOBALE :

BRUT TTC

399,40

nise

0,00 = NET TTC

399,40

Nombre d'Adiclos : 3

**TVA 7% Base**

*Montant :*

TVA 20% Base :

### **Montant**

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Trois Cent Quatre-vingt-dix Neuf Dirhams et 40 centimes.

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Nom et prénom : *Jamal et Anis Lahsir*

Matricule : *4651*

N° CIN : *B.373105*

Adresse : *56 Bd Abderrahim Bouabid Hay Erakha*

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr. Laâmi Renâam* Spécialité : *cardiologue*

N° ICE : *002366180000056* N° INPE : *091245621*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Abdellatif Najet*

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

*pont coronarie + maladie de la coartt*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : *cowosal - Altriazé 60 - Nordegic*  
*Natispray - ontron*

Pharmacie les Pyramides  
Dr. Elmoulaâia GHANDAF  
6, Bis Bd. Abderrahim Bouabid  
Tél: 0522-99-26-52 Casablanca  
INPE: 092049451 - ICE: 002072066000035

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *casablanca le 08/07/2022*

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. LAAMI Renâam  
Cardiologue  
Anesthésiste - Réanimateur  
Hôpital de Casablanca  
Tél: 0522-67-27-92

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées