

# 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.

M22- 0035210

Optique  Autres

168 167

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1224 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ADOLCHE AHMED

Date de naissance : 27-6-48

Adresse : 50 RUE IBNOU HALAQI RES. KENZA

BOURGOGNE CASABLANCA

Tél. : 06 66 80 72 25 Total des frais engagés : 637,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ABDAN TOURIA Age: 69 ANS

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

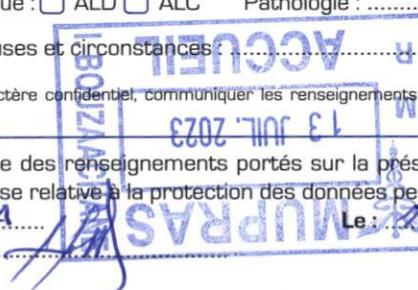
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASABLANCA Le : 22/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

## 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

**HARMACIE DES ENFANTS**  
Dr. BOUJAJ  
34, Rue Ibn Toulon  
Casablanca  
Tél: 0522 20 90 44

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/07/2023	631.20 DH

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Labels H, G, and B are positioned above, below, and to the left				



# PHARMACIE DES ENFANTS

34, RUE IBNOU JAHIR .BOURGOGNE AL ANK

DR EN PHARMACIE

De La Faculté de Pharmacie  
Université Libre de Bruxelles

R.C :

Patente:35652327

T.V.A:

C.N.S.S:2172310

Tél :0522 209044

Le 11/07/2023

**FACTURE N°614626**

N° ICE : 001808939000087

N° IF : 20702603

**MME ABADAN TOURIA**

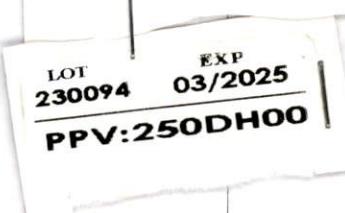
Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	CARDIOASPIRINE 100MG / 30CP	27,70	27,70		
1	IRPHI PLUS 300 MG /25 MG /30 C	160,90	160,90		
1	PRISDAL 0.5MG / 30CPS	32,60	32,60	2,13	7,00
1	CERUVIN 75MG / 28CPS	160,00	160,00		
1	ROSVAS 20 MG/30CP	250,00	250,00		

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acetylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280



PPV: 160DH00  
Lot n°: 13045  
Exp:



**TOTAL T.T.C :**

**631,20**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	32,60	Montant :	2,13	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	--	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :

Six Cent Trente Un Dirhams et 20 centimes.