

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES RÉMBOURSEMENTS 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 054.00

Société : Ram

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :** .....

Nom & Prénom : BEN BOUTIJA Madame

Date de naissance : 30/05/1966

Adresse : A. H

Tél. : 06 61 87 89 Total des frais engagés : 1078,40 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 



Date de consultation : .....

Age: .....

Nom et prénom du malade : .....

.....

Lien de parenté :  **Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  **ALD**  **ALC** Pathologie : .....

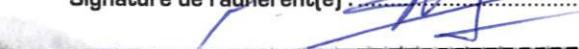
.....

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 : Le 22/09/2023 Le : 22/09/2023

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/9/23	1078, 10

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Pharmacie ACHCHARAF - Casablanca

ACH-CHARAF

0522216409

COOPERATIVE ACH-CHARAF N° DM2 Hay Inara Haddaouia , Casablanca



Facture N° 20230921-444

Date de vente : 21/09/2023  
Médecin traitant :

BENBOUHIA MOHAMED

CASA, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
FORXIGA CO 10MG B28 COMP PELLI	1	419,00	Exonéré (0.00%)	419,00
ZYLORIC CO 100MG B100 COMP	1	46,70	TVA (7.00%)	46,70
CRESTOR CO 20MG B30 COMP PELLI	1	250,00	Exonéré (0.00%)	250,00
BIPROL CO 10MG B30 COMP	1	65,70	Exonéré (0.00%)	65,70
CARDIOASPIRINE CO 100MG B30 COMP	1	27,70	Exonéré (0.00%)	27,70
COVERAM CO 10MG/5MG B30 COMP	1	269,00	Exonéré (0.00%)	269,00

Maphar  
Bd Alkmia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pelli b/8  
P.P.V : 419,00 DH  
Barcode  
6 118001 185023

LOT 230308  
EXP 01 2027  
PPV 46.70 DH

PHARMACIE ACH-CHARAF  
Dr. BENBOUHIA TAQUDI  
Coopérative Ac-charaf, N° DM2  
Hay Inara, Haddaouia - CASA  
Tél : 05 22 21 64 09

Total HT	1 075,04 DHS
TVA	3,06 DHS
<b>Total</b>	<b>1 078,10 DHS</b>

Arretez la présente facture à la somme de : mille soixante-dix-huit DHS et dix centimes

Maphar  
Bd Alkmia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 20mg cp pelli b30  
P.P.V : 250,00 DH

Barcode  
6 118001 183128

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

Barcode  
6 118001 090280

IF : 34026384 RC : 337524 ICE : 001079460000073

Tel : 0522216409

Adresse : COOPERATIVE ACH-CHARAF N° DM2 Hay Inara Haddaouia , Casablanca

647023 052  
65,70  
65,70

269,00