

## 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	186099	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BERDAD Mohamed
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. 066 21 10 3375	Total des frais engagés : 54,42 + 547,0 Dhs 109,42		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	Age:
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input 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 : CASA

Le : 03/12/2013

Signature de l'adhérent(e) :

Achour

## **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"/>

## **EXÉCUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU JASMIN Mme. LAMRANI Rajaa 61, Avenue 2 Mars - CASA Tel: 05 22 81 17 67	7/11/22	54,40 Dhs
	15/11/22	54,40 Dhs

## **ANALYSES - RADIographies**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$  \begin{array}{r rr}  H & 25533412 & 21433552 \\  D & 00000000 & 00000000 \\ \hline  & 00000000 & 00000000 \\  B & 35533411 & 11433553  \end{array}  $			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE DU JASMIN  
MME LAMRANI RAJAE  
61 AVENUE 2 MARS CASA  
CASABLANCA  
Taxe Profes. N°: 37917365

N° R.C. : 252269                  N° CNSS : 2266139  
N° ID.F. : 40463608                  N° ICE  
Tel : 0522811767                  ICE  
Fax : 0522836542                  001448442000041

Mr BERDAI MOHAMED

METEOSPASMYL® B 20 caps molles  
Alvéoline citrate 60 mg / Simticleone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca



5 110001 100293

Le : 07/11/2022

FACTURE N°:

168875/22

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	DOLIPRANE 1 G X 10 CP	14,00	7	14,00
1	METEOSPASMYL CAPSULE	40,40	7	40,40

TVA 7%: 3.56                  Total : 54,40



Arrêtée la présente Facture à la Somme de :  
CINQUANTE QUATRE DIRHAMS ET QUARANTE CTS

PHARMACIE DU JASMIN  
Mme. LAMRANI Rajae  
61, Avenue 2 Mars CASA  
Tel : 0522836542

**PHARMACIE DU JASMIN**

**MME LAMRANI RAJAE  
61 AVENUE 2 MARS CASA  
CASABLANCA  
Taxe Profes. N°: 37917365**

**N° R.C. : 252269                  N° CNSS : 2266139  
N° ID.F. : 40463608                  N° ICE  
Tel : 0522811767  
Fax 0522836542                  ICE  
001448442000041**

**Mr BERDAI MOHAMED**

*Le : 15/11/2022*

**FACTURE N°: 168877/22**

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	MEBEVERINE FORTE CP	54,70	7	54,70

**TVA 7%: 3.58                  Total : 54,70**



*Arrêtée la présente Facture à la Somme de  
CINQUANTE QUATRE DIRHAMS ET SOIXANT*

صيدلية الياسمين  
**PHARMACIE DU JASMIN**  
Mme. LAMRANI Rajaa  
61, Avenue 2 Mars - CASA  
Tél: 05 22 81 17 57