

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## aire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## adie 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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

MLD

N° P19- 0043019

Maladie

Dentaire

Optique

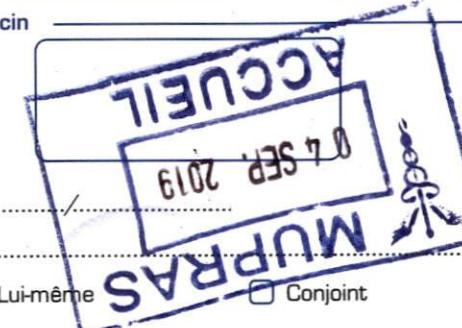
Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2327 ..... Société : .....  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : .....  
Nom & Prénom : FALAH ADOUZLY ZEINAB .....  
Date de naissance : 01.03.53 .....  
Adresse : 24, Rue Allal Ben Abdellah 2<sup>e</sup> étage Rés. SOUTAIL BOURGOGNE CHALET .....  
Tél. 06 63 22 70 62 Total des frais engagés : 543,40 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : .....

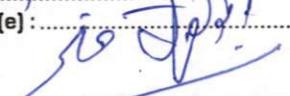
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

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 : 04/09/19

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 04/09/19

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	<b>Coefficient des</b>  <b>Montant des soins</b>  <b>Début d'exécution</b>  <b>Fin d'exécution</b>

ODF Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		<b>Coefficient des travaux</b>  <b>Montant des soins</b>  <b>Date du devis</b>  <b>Fin de</b>
		25533412	21433552	
		00000000	00000000	
		00000000	00000000	
		35533411	11433553	
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		

Vues et cachet du praticien attestant le devis	Vues et cachet du praticien attestant l'exécution
--	---

VOLET ADHERENT	NOM : <i>FALAH 4</i>	Mle <i>2327</i>
DECLARATION N°		W17-118579
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<i>14.07.19</i>	<i>543,40</i>	<i>7</i>
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W17-118579

DATE DE DEPOT

*MLA*

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle *2327*

Nom & Prénom *FALAH Abouelyssa*

Fonction *RETRAITÉ* Phones *0663223062*

Mail *Fabouelyssa.1913@gmail.com*

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

PHARMACIE

Date *14.07.19*

Montant de la facture

*543,40*

Pharmacie *La Corniche*  
39, Bd. Moulay Youssef  
CASABLANCA  
Tél/Fax : 05 22 27 67 03  
EL ALLALI Nasouai

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
------------------------------	---------------------------------

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	



MLD

PHARMACIE LA CORNICHE

319.BD MLY YOUSSEF ANG BD EL HANK CASA

R.C :1604

Patente:35400

T.V.A:

C.N.S.S:1774711

Tél :022 27 67 03

Le 14/07/2019

FACTURE N°499325

N° ICE : 001764675000078

N° IF : 40209660

FALAH ABOUELYZZA

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
1	TORVA 10MG 30 COMP	84,60	0,00	84,60	84,60		84,60		
1	EXFORGE FCT 10/160 MG BT 28	361,00	0,00	361,00	361,00		361,00	23,62	7,00
1	GLUCOPHAGE SIMPLE 500MG/50 CPS	20,80	0,00	20,80	20,80		20,80		
1	ATENOR 100 MG/28 CPS	37,00	0,00	37,00	37,00		37,00	2,42	7,00
2	SINTROM 4 MG 10 CPS	20,00	0,00	20,00	40,00		40,00		
	 6118001030606 EXFORGE 10mg/160mg 28 comprimés pelliculés PPV : 361,00 DH 1126348-A14-MA 20045								
	 20,80								
	PPV : 20,00 Exp : N° Lot :  PPV : 20,00 Exp : N° Lot :  37,00								
	 Corniche y Youssef ANCA 227.67.03 I Naoual LOT: 1081 PER: 02/21 PPV: 37,00 DH								

DROIT TIMBRE 0.25%		BRUT TTC	0,00	- Remise	0,00	= NET TTC	543,40
Nombre d'Articles : 5	TVA 7% Base :	372,00	Montant :	26,04	TVA 20% Base :	Montant	

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Cinq Cent Quarante Trois Dirhams et 40 centimes.