

# 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.

## Diagnostique 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.

## Educations :

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

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



nr 24169

## Déclaration de Maladie : N° P19-0016570

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05355 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : RACHID ABOUJINE Date de naissance : 03.04.57

Adresse : Habituelle

Tél. : 067511155 Total des frais engagés : 36,20 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 : Serrahid Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04 / 03 / 2020

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0016570

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 05355  
Nom de l'adhérent(e) : RACHID  
Total des frais engagés : 36,20  
Date de dépôt : 03.03.2020



### RELEVÉ 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 |
|--|------------|-----------------------|
| <b>FAMILI Bouchaib</b><br><b>Pharmacie Ouled Hriz</b><br>1, Bd. Mohamed V. Berrechid.<br>Tél: 0522 33 73 51<br>INPE: 062047295 | 16/12/2019 | 36.20                 |

### 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 |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### RELEVÉ 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

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |  |  |
|---------------------------|---|------------------|-------------|--|--|
|                           |   |                  |             | 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<br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H<br/>             25533412<br/>             00000000<br/>             D           </div> <div>             21433552<br/>             00000000<br/>             G<br/>             00000000<br/>             35533411<br/>             B           </div> </div> |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |
|                           | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  |
|                           |   |                  |             |  |  |
|                           |   |                  |             |  |  |
|                           |   |                  |             |  |  |
|                           |   |                  |             |  |  |
|                           |   |                  |             |  | 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 OULED HRIZ

Mle 05355

Docteur en pharmacie

R.C :

Patente:

T.V.A :

Tél :

FACTURE N°162066

N° ICE :

N° IF :

RACHID

ICE N° :

| Qté   | Désignation         | PPV Unitaire | Total BRUT     | Dont TVA | % Taux |
|---|---------------------|--------------|----------------|----------|--------|
| 1   | STAGID COMPRIMES PM | 36,20        | 36,20          |          |        |
| <div><div>LOT 181425</div><div>EXP 06 2021</div><div>PPV 36.20</div></div> <div>36,20</div> <div><b>KAMILI Bouchaib</b><br/>Pharmacie Ouled Hriz<br/>124, Bd. Mohamed V, Berrechid<br/>Tél: 0522 33 73 51<br/>INPE: 062047295</div> |                     |              |                |          |        |
| TOTAL T.T.C :   |                     |              |                | 36,20    |        |
| Nbr Articles  | TVA 7% Base :       | Montant :    | TVA 20% Base : | Montant  |        |

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Trente Six Dirhams et 20 centimes