

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diologie 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.

## Éducation :

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

27/08.

## Déclaration de Maladie : N° P19-0001485

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1224 Société : R. A. M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : H. DOUCHE Ahmad Date de naissance : 27.6.1948

Adresse : 60 - RUE IBNOU HALKA. RES: KENZA - Bourgogne

Tél. : 06.66.80.12.25 Total des frais engagés : 394,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : ABDALI TOURIA Age : 66 Ans

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 : CASABLANCA Le : 14/05/2020

Signature de l'adhérent(e) : 

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0001485

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 : 1224

Nom de l'adhérent(e) : H. DOUCHE

Total des frais engagés : 394,50 Dhs

Date de dépôt : 14-05-2020

## 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
 HARMONIE DR. L. BOURGOGNE 34, Rue Ibndia 522 20 93 24 Casablanca	14.10.2020	3914,50

## 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.

## 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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

**(Création, remont, adjonction)**

## Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a 12x12 grid of circles. The grid is centered at the origin (0,0). The horizontal axis is labeled 'D' at the left end and 'G' at the right end. The vertical axis is labeled 'H' at the top end and 'B' at the bottom end. The grid is filled with numbers representing coordinates. The numbers are arranged as follows: the top row has 1's at (1,1) and (1,12); the second row has 2's at (2,1) and (2,12); the third row has 3's at (3,1) and (3,12); the fourth row has 4's at (4,1) and (4,12); the fifth row has 5's at (5,1) and (5,12); the sixth row has 6's at (6,1) and (6,12); the seventh row has 7's at (7,1) and (7,12); the eighth row has 8's at (8,1) and (8,12); the ninth row has 9's at (9,1) and (9,12); the tenth row has 10's at (10,1) and (10,12); the eleventh row has 11's at (11,1) and (11,12); and the twelfth row has 12's at (12,1) and (12,12). The grid is bounded by a dashed circle at the bottom center.

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



**PHARMACIE DES ENFANTS**

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 14/05/2020

**FACTURE N°530813**

N° ICE : 001808939000087

N° IE · 20702603

MME ABADAN TOURIA

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	IRPHI 300 MG / 30 CPS	164,00	164,00		
1	CORVASAL 2 MG BTE 30 COMP	46,70	46,70		
1	ASKARDIL 160MG / BT 30CP DISP	23,80	23,80		
1	CERUVIN 75MG / 28CPS	160,00	160,00		

**TOTAL T.T.C :**

**394,50**

**Nbr Articles** **TVA 7% Base :** **Montant :** **TVA 20% Base :** **Montant**

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Trois Cent Quatre-vingt-quatorze Dirhams et 50 centimes.