

## 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.

N° W19-421069

MD=29 681

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 2459 Société :

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : ELOUJAN, MOHAMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 00 36 24 82 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même       Copjoint       Enfant

Nature de la maladie : MUPRAS Grom'que EHTA

En cas d'accident, précisez 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.

23 JUIN. 2020  
ACCUEIL

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 : ..... / ..... / .....

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
.....	.....	.....	.....	INP : .....
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA DECOUVERTE Lot. Al Moustakbal, Lot. N°7 Route 1029, Sidi Maarouf - Casablanca Tel: 0522 97 32 23 - Fax: 0522 97 57 46	10/04/22	194.70

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

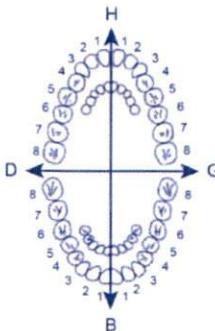
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

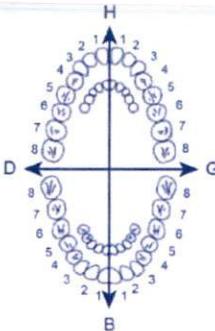
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : .....
.....	.....	.....	.....	COEFFICIENT DES TRAVAUX .....
.....	.....	.....	.....	MONTANTS DES SOINS .....
.....	.....	.....	.....	DEBUT D'EXECUTION .....
.....	.....	.....	.....	FIN D'EXECUTION .....
.....	.....	.....	.....	COEFFICIENT DES TRAVAUX .....
.....	.....	.....	.....	MONTANTS DES SOINS .....
.....	.....	.....	.....	DATE DU DEVIS .....
.....	.....	.....	.....	DATE DE L'EXECUTION .....


  
**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession


  
**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

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



**PHARMACIE DE LA DECOUVERTE**  
**LOTIS AL MOUSTAKBAL Lot N°7 SIDI MAAROUF**

Docteur en pharmacie  
UNIVERSITE DE LIEGE  
BELGIQUE

R.C :325695 Patente:36167275  
T.V.A :15250952 C.N.S.S:6181242  
Banque:BMCI 0137800110401384100187  
Tél :0522973223

Le 09/04/2020

**FACTURE N°840726**

N° ICE : 001687646000084

N° IF : 15250952

**MOHAMED EL OUJANI**

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	KARDEGIC 160 MG 30 SACHETS	35,70	35,70		
1	LD-NOR 40 MG 30 CPS	159,00	159,00		
	PPV(DH) : LOT N° : UT.AV. :				
	159,00				
	Tel: 0622 97 32 22 - Fax: 0622 97 57 66 Route 1029, Sidi Maarouf - Casablanca Lot Al Moustakbal Lot. N°7 PHARMACIE DE LA DECOUVERTE				
	<b>TOTAL T.T.C :</b>		<b>194,70</b>		

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

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Cent Quatre-vingt-quatorze Dirhams et 70