

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## **rmacie :**

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 réeducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## **taire :**

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.

## **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 caractére 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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 1030 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Faik Nohammed

Date de naissance : 01/01/1943

Adresse : Rouageine

Tél. : 0666262338 Total des frais engagés : 2624.00 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 : CASA Le : 23/06/2020

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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MEHDI BEN BARKA Av.Mehdi Ben Barka N° 3 Rue Abdellah El Hadaoui N° 3 - Casablanca Tél: 0525 15 33 - 0525 15 33	23/06/20	2324,00
	23/06/20	280,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

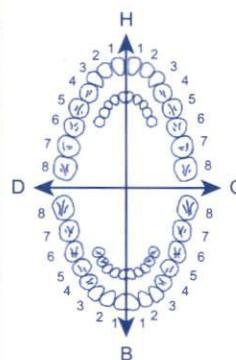
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: none;">H</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">25533412</td> <td style="border: none;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">00000000</td> <td style="border: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">00000000</td> <td style="border: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">35533411</td> <td style="border: none;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">B</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

\*\* PHARMACIE MEHDI BEN BARKA \*\*  
DR ZINEB RAISS  
RUE ABDELLAH EL HADAOUI N°3, CASABLANCA

24/06/2020

Tél : 0522951599

FARIH MOHAMMED

FACTURE N° : 5578 du 24/06/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
4	NOVOMIX 100UI STYLO 3ML/BT*5	581,00	2 324,00	0%
Total TTC				2 324,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
DEUX MILLE TROIS CENT VINGT QUATRE DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	2 324,00	0,00	2 324,00
		2 324,00	0,00	2 324,00



PHARMACIE MEHDI BEN BARKA  
Av.Mehdi Ben Barka  
Rue Abdellah El Hadaoui N° 3  
Tel: 0522 95 15 99 - Casablanca

**\*\* PHARMACIE MEHDI BEN BARKA \*\***  
**DR ZINEB RAISS**  
**RUE ABDELLAH EL HADAOUI N°3, CASABLANCA**

24/06/2020

Tél : 0522951599

FARIH MOHAMMED

**FACTURE N° : 5579**

**du 24/06/2020**

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	NOVOFINE 30G 0.3*8MM 100AIGU	280,00	280,00	20%
Total TTC				280,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
DEUX CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
20.00%	20,00	233,33	46,67	280,00
		233,33	46,67	280,00

**NovoFine®**  
**0.3x8 mm**

NovoFine® peut être utilisée avec:  
Autopen®, BerliPen®, Byetta® stylo,  
ClikSTAR®, FlexPen®, FlexPro®, FlexTouch®,  
HumaPen®, InnoLet®, KwikPen®,  
NordiPen®, Norditropin®, NordiFlex®,  
NovoPen®, Omnican® stylo, SoloSTAR®,  
TaciPen®, Victoza® stylo et YpsosPen®.

PHARMACIE MEHDI BEN BARKA  
Av.Mehdi Ben Barka  
Rue Abdellah El Hadaoui N° 3  
Tél: 0522 95 15 99 - Casablanca



4325-73-20-1