

# 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 | adhésion@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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-540921

37589

|   |  |                                  |                            |
|---|--|----------------------------------|----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> A |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)              |  | Société :                        |                            |
| Matricule : 01739                           |  | AAT                              |                            |
| <input type="checkbox"/> Actif              | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                            |
| Nom & Prénom : ELOURH AOUA                  |  | N° de                            |                            |
| Date de naissance : 15/01/1957              |  | Familles                         |                            |
| Adresse : 7 Allée des Neffliers             |  | Firdasou                         |                            |
| Tél. : 0661098627                           |  | 682,00                           |                            |
| Total des frais engagés :                   |  |                                  |                            |

|   |  |                                   |                                |
|---|--|-----------------------------------|--------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin  |  |                                   |                                |
| Cachet du médecin :   |  |                                   |                                |
| Date de consultation :  |  |                                   |                                |
| Nom et prénom du malade :   |  |                                   |                                |
| Lien de parenté :   | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfan |
| 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'at |  |                                   |                                |

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 15/10/2010

Signature de l'adhérent(e) :

#### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 | INP : <input type="text"/>                                     |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE DES CITRONNIERS<br>ELOUATTASSI RABAH<br>29, Bis Allée des Citronniers<br>Aïn Sebaa - Casablanca<br>Tél.: 05 22 34 46 70 | 25/08/2020 | 682,00                |

## **ANALYSES - RADIographies**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                       |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |

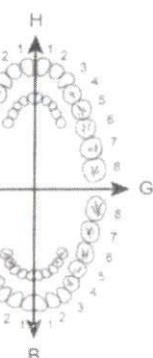
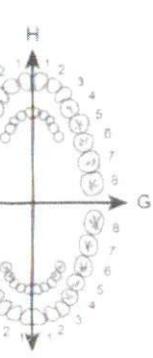
VIOLET AL

## 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 canalaire, ainsi que le

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                   |
|---|---|------------------|-------------|--|
|    |   |                  |             | <input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  |   |                  |             | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS      |
|   |   |                  |             | <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION       |
|   |   |                  |             | <input type="text"/> FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |             | <input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   | $  \begin{array}{c c}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  \hline  & 35533411 \quad 11433553 \\  \hline  B &   \end{array}  $ <p><b>(Création, remont, adjonction)</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS      |
|   |   |                  |             | <input type="text"/> DATE DU DEVIS           |
|   |   |                  |             | <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# Pharmacie Des Citronniers - Casablanca

EL OUATTASSI RABAB

0522344670

29 bis allee des citronniers ain sebaa, casablanca



Facture N° 20200825-464

Date de vente : 25/08/2020

Médecin traitant :

EL OURAOUI Mohamed

CASABLANCA, Maroc

| Produit                          | Qté. | P.U   | TVA             | Total  |
|----------------------------------|------|-------|-----------------|--------|
| GLUCOPHAGE CO 500MG B50 COMP     | 10   | 20,80 | Exonéré (0.00%) | 208,00 |
| GLUCOVANCE CO 500MG/5MG B30 COMP | 10   | 47,40 | Exonéré (0.00%) | 474,00 |

Total HT 682,00 DHS

TVA 0 DHS

**Total 682,00 DHS**

Arrêté la présente facture à la somme de : six cent quatre-vingt-deux DHS

PHARMACIE DES CHRONNIERS  
Dr. ELQUATTASSI RABAB  
29, Bis Allee des Citronniers  
Aïn Sebaa - Casablanca  
Tél.: 05 22 34 46 70

IF : 40156676 RC : 369446 ICE : 417541000024

Tel : 0522344670

Adresse : 29 bis allee des citronniers ain sebaa, casablanca

20,80

LOT 200138  
EXP 01/2025  
PPV 20.80DH

20,80

20,80

20,80

20,80

Glucovance 500 mg/5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH

20,80

20,80

20,80

20,80