

# 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.

## Biologie 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.

## Maladie :

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](http://www.mupras.com)

729

ND: 45716

## Déclaration de Maladie : Nº P19- 0006550

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07.005 Société : RAO

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : FAHÉR Jamil Date de naissance :

Adresse : Hôpital

Tél. : 06.68.45.51.40 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : Fay

### 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
03/09/2020				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE E. GALLET 17, RUE DE ROMAINVILLE 93160 SÉV黎E	01/09/2020	51.60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

Le praticien : Imp. 6 118001 102006 Veuillez indiquer la nature des soins : SOINS DENTAIRES	Le praticien : Imp. 6 118001 102006 Veuillez indiquer la nature des soins : Dents Prothétiques	Le praticien : Imp. 6 118001 102006 Veuillez indiquer la nature des soins : COEFFICIENT DES TRAVAUX
6 118001 102006 Levothyrox® 25 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 6,80 DH 7862160335	6 118001 102006 Levothyrox® 25 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 6,80 DH 7862160335	6 118001 102006 Levothyrox® 25 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 6,80 DH 7862160335
6 118001 102020 Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH 7862160342		
		MONTANTS DES SOINS
		DEBUT D'EXECUTION
		FIN D'EXECUTION
		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Diagramme dentaire pour la détermination du coefficient masticatoire (O.D.F) :

Diagramme dentaire pour la détermination du coefficient prothétique (O.D.F PROTHESES DENTAIRES) :

Diagramme dentaire pour la détermination du coefficient masticatoire (H) :



# PHARMACIE LE GALIEN

77 Rue de Rome Mers Sultan. CP20409 Casa

R.C :372926

Patente:34450900

T.V.A :40151144

C.N.S.S:7666805

Tél :0522-80-67-87

Le 01/09/2020

## FACTURE N°664470

N° ICE : 000521790000047

FAHER JAMILA

N° IF : 40151144

SANS ADRESSE

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	LEVOTHYROX 100 X 28 CP	24,40	24,40	1,60	7,00
4	LEVOTHYROX 25 X 28 CP	6,80	27,20	1,78	7,00
<b>PHARMACIE LE GALIEN</b> Dr. MOHAMED HAFID AMRANI 77, RUE DE ROME CASABLANCA Tél: 05 22 80 67 87/67. INPT. 09/2016/2023					
<b>TOTAL T.T.C :</b>					<b>51,60</b>

Nbr Articles	TVA 7% Base :	51,60	Montant : 3,38	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-------	----------------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :

Cinquante Un Dirhams et 60 centimes.