

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- O Réclamation : contact@mupras.com  
 O Prise en charge : pec@mupras.com  
 O 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° W19-578981

51006

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 00683

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : AOUAD M'HAMED

Date de naissance : 11.12.1943

Adresse : 256 Bd DE BORDEAUX ETS 5 APP 6<sup>e</sup> 10

CASA BLANCA

Tél. : 05 22 26 80 80 Total des frais engagés :

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : AOUAD M'HAMED Age :

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : maladies chroniques

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 : 05/09/2020

Le : 26.11.2020

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

MUPRAS

11 DEC. 2020

ACCUEIL

## **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 : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE M. YOUSSEF na CHERIF D'OUAZZANE Dockers Pharmacie 139 Boulevard M. Youssef BP 1003 22277	26/11/20	2103,90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D	25533412 00000000	21433552 00000000	G
	00000000 35533411	00000000 11433553	

#### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PHARMACIE MY YOUSSEF**  
**SELMA CHERIF D'OUAZZANE**  
**139 BD MOULAY YOUSSEF**  
**CASABLANCA**  
 Taxe Profes. N°: 35405678  
 N° R.C. : 311840  
 N° ID.F. : 40100310  
 N° CNSS: 6387733  
 Tel : 022222725  
 Fax : 022480768

N° ICE 001597613000058

**MR AOUAD M'HAMED**

I.C.E. :

Le : 26/II/2020

**FACTURE N°: 7161/20**

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	VICTOZA 6 MG BT 2 STYLOS	1193.00	1193.00
1	JARDIANCE 25 MG	550.00	550.00
2	GLUCOPHAGE 1000 MG BT 30	28.00	56.00
1	TENSEMIDE 5 MG BT 30 CPS	39.30	39.30
1	VEPRAN 300 MG BT 28 CPS	150.00	150.00
1	DETENSIEL 10MG COMPS/30	72.00	72.00
2	ASPEGIC 100 SACHETS	21.80	43.60
<b>TVA 7%:</b>		<b>12.67</b>	
<b>Total :</b>			<b>2 103,90</b>

*Arrêtée la présente Facture à la Somme de :*

DEUX MILLE CENT TROIS DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS



28,00

28,00

LOT: 12220001  
PER: 03/2023  
PPU: 39,30 DH  
Tenir hors la portée des enfants

10,00

**PHARMACIE My. YOUSSEF**  
**Salma CHERIF D'OUAZZANE**  
*Docteur en Pharmacie*  
 139 Boulevard My. Youssef  
 CASABLANCA - Tel. 05 22 22 27 25

LOT : 20109  
 PER : 05/2022  
 ASPEGIC 100MG  
 SACHETS B20  
 P.P.V : 21DH80



ASPEGIC 100MG  
 SACHETS B20  
 P.P.V : 21DH80



Victoza®  
 6 mg/ml  
 Solution injectable  
 2 stylos pré-remplis 3ml



-- LAPROPHAN --

PPV : 1193DH00

7862160236