

# 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.

## Pathologie 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.

## 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

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.

N° P19-

056859

ND: 52416

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1224

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HOUACHE AHMED

Date de naissance : 27 06 1948

Adresse : 60 RUE IBNOU HALAKA. RES. KENZA

BOURGOGNE - CASABLANCA

Tél. : 06 66 80 92 25 Total des frais engagés : 489,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ABADAN TOURACCUEIL Age : 66 ans

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 : CASABLANCA

Le : 21/12/2020

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

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
| <b>HARMACIE DES VETANTS</b><br><b>Dr. BOUJEDDIA Nadjia</b><br>34, Rue Ibnou Sennar<br>0522 20 90 44 - Casablanca<br>Bourgogne | 21/12/20 | 489,20                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

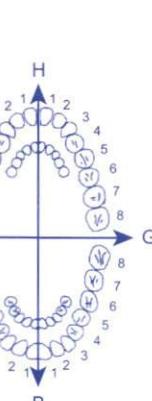
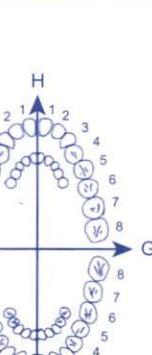
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées  | Nature des Soins          | Coefficient               |                           |
|--|---|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
|   |   |                           |                           | Coefficient des travaux   |
|  |   |                           |                           | Montants des soins        |
|  |   |                           |                           | Début d'exécution         |
|  |   |                           |                           | Fin d'exécution           |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE  |                           |                           |                           |
|  | H<br>25533412<br>00000000   | G<br>21433552<br>00000000 | D<br>00000000<br>35533411 | B<br>00000000<br>11433553 |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                           |                           | Coefficient des travaux   |
|  |   |                           |                           | Montants des soins        |
|  |   |                           |                           | Date du devis             |
|  |   |                           |                           | Date de l'exécution       |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# PHARMACIE DES ENFANTS

34, RUE IBNOU JAHIR .BOURGOGNE AL ANK

DR EN PHARMACIE

De La Faculté de Pharmacie  
Université Libre de Bruxelles

R.C : Patente:35652327  
T.V.A : C.N.S.S:2172310

Tél : 0522 209044

Le 21/12/2020

FACTURE N°546403

N° ICE : 001808939000087

N° IF : 20702603

MME ABADDAN TOURIA

| Qté | Désignation   | Prix Public de Vente<br>PPV Unitaire | Total<br>BRUT | Dont<br>TVA | %<br>Taux |
|-----|---|--------------------------------------|---------------|-------------|-----------|
| 1   | BREXIN /10CPS EFER  | 59,30                                | 59,30         | 3,88        | 7,00      |
| 1   | LASILIX B/20 CP   | 34,60                                | 34,60         |             |           |
| 1   | CARDIOASPIRINE 100MG / 30CP   | 27,70                                | 27,70         |             |           |
| 1   | CERUVIN 75MG / 28CPS  | 160,00                               | 160,00        |             |           |
| 1   | IRPHI PLUS 300 MG /25 MG /30 C  | 160,90                               | 160,90        |             |           |
| 1   | CORVASAL 2 MG BTE 30 COMP   | 46,70                                | 46,70         |             |           |
|     | LOT : 015<br>PER : MAI 2022<br>PPV : 160 DH 90  | 59,30                                |               |             |           |
|     | Dr. BOUJJA Nadia<br>34, Rue Ibnou Jahir - Bourgogne<br>Tél.: 0522 20 90 44 - Casablanca |                                      |               |             |           |
|     | LASILIX 40MG<br>20CP SEC<br>P.P.V : 34DH60  |                                      |               |             |           |
|     | Corvasal 2 mg cp b 30<br>P.P.V : 46,70 DH   |                                      |               |             |           |
|     | lomine<br>ale / Oral  |                                      |               |             |           |
|     | TOTAL T.T.C :   |                                      | 489,20        |             |           |

|              |               |       |           |      |                |  |         |
|--------------|---------------|-------|-----------|------|----------------|--|---------|
| Nbr Articles | TVA 7% Base : | 59,30 | Montant : | 3,88 | TVA 20% Base : |  | Montant |
|--------------|---------------|-------|-----------|------|----------------|--|---------|

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Quatre Cent Quatre-vingt Neuf Dirhams et 20 centimes.