

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ▪ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ▪ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La mutuelle garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Siège social : Casablanca - 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-420737

ND: 53638

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	Société :		
DS 90	RHAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Abdil Aoual			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés :		
Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
/ MUPRAS /			
Date de consultation :			
28 DEC. 2020			
Nom et prénom du malade : Age:			
Abdil Aoual 20			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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.			

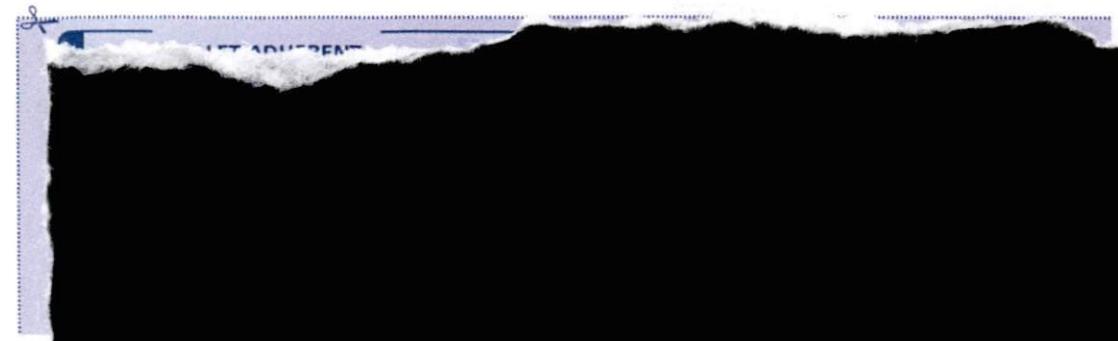
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 28/12/2020

Aoual



### 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 : [REDACTED]
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA CHAUMIERE 12, RUE DE LA CHAUMIERE 74100 ST-GENIS-LES-VALS	21/12/2012	165,60
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

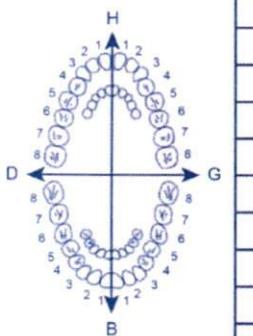
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

 <p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	Coefficient des Travaux	[REDACTED]													
	Montants des Soins	[REDACTED]													
	Début d'Execution	[REDACTED]													
	Fin d'Execution	[REDACTED]													
	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des Travaux	[REDACTED]
		H	25533412	21433552											
		D	00000000	00000000											
		B	00000000	00000000											
		G	35533411	11433553											
		Montants des Soins	[REDACTED]												
Date du devis		[REDACTED]													
Date de l'Execution		[REDACTED]													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													



**PHARMACIE AL KINDI**  
48, RUE1, LOTISSEMENT HAFDIA, LES CRÈTES

**DR.TAOUIFIK BARAZZOUK**

DOCTORAT EN PHARMACIE

D.E.U.S. DE PHARMACIE CLINIQUE

CODE INPE : 092006857

R.C :304628

Patente:34024544

T.V.A :51011560

C.N.S.S:6728474

Banque:190 780 21211 59663690018 91

Tél :0522507257

**FACTURE N°93870**

N° ICE : 000495280000054

**AMAL ADIL**

N° IF : 51011560

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	DOLIPRANE CP SIMPLE 1G	14,00	14,00	0,92	7,00
1	PECTRYL GM SIROP	34,70	34,70	2,27	7,00

**PHARMACIE AL KINDI**  
Dr. Taoufik BARAZZOUK  
48, Rue 1, Lot Hafdia  
Les Crètes, Ain Chock / Casablanca  
Tél : 05 22 50 72 57

PPV 14DH10  
PER 02/24  
LOT 1305

PPV 34DH10

**TOTAL T.T.C :**

**48,70**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	48,70	Montant :	3,19	TVA 20% Base :	
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	--

*Arrêté la présente facture à la somme de :  
Quarante Huit Dirhams et 70 centimes.*

**PHARMACIE AL KINDI**  
Dr. Taoufik BARAZZOUK  
48, Rue 1, Lot Hafdia  
Les Crètes, Ain Chock / Casablanca  
Tel : 05 22 50 72 57