

# 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 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



## Déclaration de Maladie


M22- N° 002663

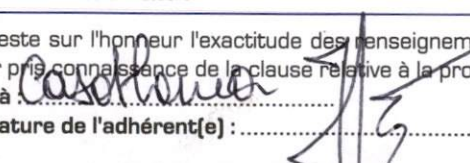
☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

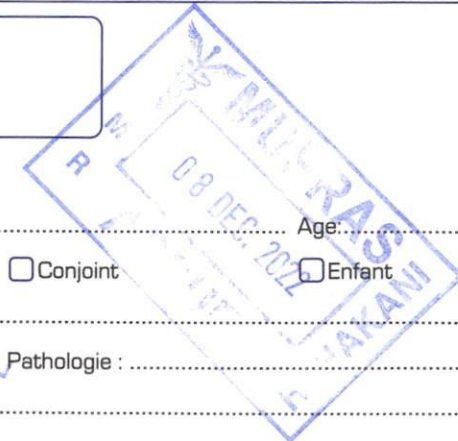
Matricule : ADEL 3480 Société : RAN  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ADEL Abdelhamid  
 Date de naissance : 18-04-52  
 Adresse : 23 Rue Ibnou Habis - CACA - MAARIF  
 Tél. : 0661 31 15 42 Total des frais engagés : 1813,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : ...../...../.....  
 Nom et prénom du malade : ..... Age : .....  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : .....  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC ☒ Pathologie : .....  
 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 : 30/11/2022  
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Les Arenes</i> <i>5, Rue Jalal Eddine Sayouti</i> <i>Quartier Racine</i> <i>Tel: 05 22 36 28 24 - Casablanca</i>	29/11/22	T= 1813,30 a 1819

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

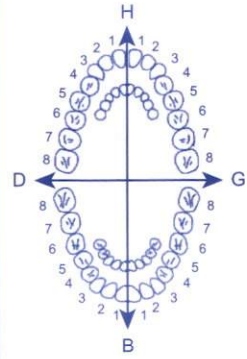
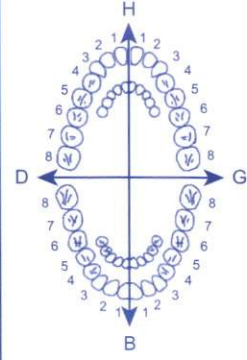
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>				
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D              00000000              35533411           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G              00000000              11433553              B           </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>			
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Pharmacie LES ARENES - Casablanca

Khadija ALLOUCHE ZOHRY

0522941945 - - - 0522362824

05.Rue Jalaeddine Sayouti . Quartier Racine , Casablanca



**Facture N° FAC-57385**

Date : 29/11/2022

Mme ALLOUCHE Zohry Khadija  
Pharmacie Les Arenes  
5, Rue Jala E-ddine Sayouti  
Quartier Racine  
05 22 36 28 24 - Casablanca

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
INEXIUM CO 20MG B14 COMP MR	2	82,10	2	164,20
EXFORGE CO 10MG/160MG B28 COMP	1	273,00	1	273,00
CARDIOASPIRINE CO 100MG B30 COMP	3	27,70	1	83,10
JANUMET CO 50/1000MG B56 COMP	2	437,00	1	874,00
FORXIGA CO 10MG B28 COMP PELLI	1	419,00	1	419,00

Code de TVA	1	2	3	Total HT	1 802,56 DHS
Taux	0%	7%	20%	TVA	10,74 DHS
Montant (DHS)	0	10,74	0	Total Organisme	0 DHS
				Total Client	1 813,30 DHS
				<b>Total</b>	<b>1 813,30 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : mille huit cent treize DHS et trente centimes**

Maphar  
Bd Alklima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pel b28  
P.P.V : 419,00 DH  
6 118001 185023

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg Cpr GR  
Bolte 14  
64015DMP/21NRQ P.P.V : 82,10 DH  
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg Cpr GR  
Bolte 14  
64015DMP/21NRQ P.P.V : 82,10 DH  
6 118001 020591

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Mme ALLOUCHE Zohry Khadija  
Pharmacie Les Arenes  
5, Rue Jala E-ddine Sayouti  
Quartier Racine  
05 22 36 28 24 - Casablanca

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

IF : 40718480 TP : 35710111 RC : 183950/CASABLANCA ICE : 0017137680000

Tel : 0522941945 - - - 0522362824

Adresse : 05.Rue Jalaeddine Sayouti . Quartier Racine , Casablanca