

## 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'H. Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-723217

113389

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11048 Société : .....

Actif       Pensionné(e)       Autre : .....

Nom & Prénom : MARTOUKI Charifa

Date de naissance : 22-02-1975

Adresse : Habituelle

Tél. : 0643146800 Total des frais engagés : 80,50 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 : .....

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      Le : 28/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Tél : 0522359382

11/02/2023

CHARIFA EL MARZOUKI

**FACTURE N° : 4645 du 11/02/2023**

| Qté | Désignation             | Prix PPV | Montant          | TVA          |
|-----|-------------------------|----------|------------------|--------------|
| 1   | DOLIPRANE 1000 MG COMP. | 14,00    | 14,00            | 7%           |
| 1   | CLARTEC / 15 COMP.      | 32,00    | 32,00            | 7%           |
| 1   | DOLIGRIP STS            | 20,00    | 20,00            | 7%           |
| 1   | HEMOFAST X 6 SUPPO      | 14,50    | 14,50            | 7%           |
|     |                         |          | <b>Total TTC</b> | <b>80,50</b> |

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
QUATRE-VINGTS DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

|       | TAUX | HT           | TVA         | TTC          |
|-------|------|--------------|-------------|--------------|
| 7.00% | 7,00 | 75,23        | 5,27        | 80,50        |
|       |      | <b>75,23</b> | <b>5,27</b> | <b>80,50</b> |

Pharmacie HAY KARAM CASA  
98, Bis Av. C Hay Karam  
Q.I. Sidi Bernoussi - Casa  
Tél : 0522 35 93 82  
INPE : 092031046

# Doliprane®

PARACÉTAMOL

1000 mg



COMPRIMÉ

ADULTE  
10 Comprimés

**b**

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH00

PER: 01/25

LOT: L143