

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° M20- 0003319

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3413 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHAOUTA ABDELLOUAHAB  
Date de naissance : 01-01-1958  
Adresse : Lotissement EL WATA N° H97  
DEROUA  
Tél. : 663 0190 69 Total des frais engagés : 1869,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....  
Nom et prénom du malade : .....  
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 : DEROUA Le : 20 / 03 / 2023  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17-03-23	1869,60

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

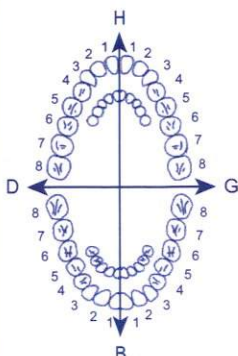
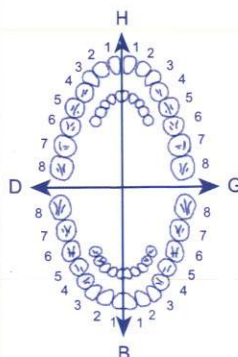
[illegible]

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

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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"/>

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	


MONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION




608070A

maphar   
 ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc  
 LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
 P.P.V. : 116,80 DH



6 118001 181636

608070A

maphar   
 ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc  
 LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
 P.P.V. : 116,80 DH



6 118001 181636

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

134,30

134,30

44,20

28,70

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V. : 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V. : 437,00 DH.

PPV: 77DH00

PER: 12/24

LOT: L3498

PPV: 77DH00

PER: 12/24

LOT: L3498

Lot n°:

EXP:

PPV: 157 DH 80



# LA PHARMACIE REGIONALE

DEROUA

## FACTURE

Pour Mr :

Facture N° :

(1984301)

Date : 17.03.2023

Art	Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Montant
1	Janumet 50/1000mg	2	437,00	874,00
2	covepran 150/12,5	2	134,30	268,60
3	Diamicron 60mg	1	44,70	44,70
4	Lipanthyl 160mg	1	78,70	78,70
5	Anglor 10mg	2	116,80	233,60
6	Rosuvastatin 10mg	2	77,00	154,00
7	Rosuvastatin 20mg	1	157,80	157,80
8	cardio Aspirine 100mg	2	27,70	55,40

LA PHARMACIE REGIONALE  
DR. SAÏD BENJELLOUN  
Imm. 94, Lot NAIT N° 4 - DEROUA  
Tél: 05 22 51 47 07

LA PHARMACIE REGIONALE  
DR. SAÏD BENJELLOUN  
Imm. 94, Lot NAIT N° 4 - DEROUA  
Tél: 05 22 51 47 07

Montant	1865,60
T.V.A	111,10
TOTAL T.T.C	1976,70

Arrête la présente facture à la somme de :