

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

M23-003125

## 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

- Maladie       Dentaire       Optique       Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2091 Société :  
 Actif       Pensionné(e)       Autre : AS6565  
 Nom & Prénom : BENAÏAR DINA  
 Date de naissance : 23.07  
 Adresse : 64, Rue Imam Al Haramain 1<sup>er</sup> étage  
 Jaaïrif CASABLANCA  
 Tél. : 0662373031 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : ...../...../.....  
 Nom et prénom du malade : BENAÏAR DINA 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 : 24/01/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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

092 056 753      02/11/23      303,40

### 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 des Honoraires (A M, P C, I M, I V)      Montant détaillé des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

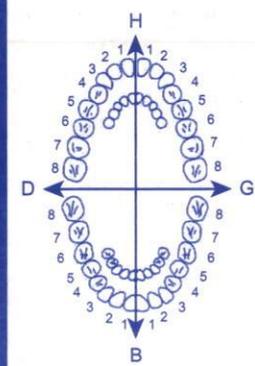
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |  |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|--|
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |
|                 |                |                  |             |  |
|                 |                |                  |             |  |
|                 |                |                  |             |  |
|                 |                |                  |             |  |
|                 |                |                  |             |  |
|                 |                |                  |             |  |

### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



|  |  |
|--|--|
|  | COEFFICIENT 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 PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date 24/1/20

M. Ben ATAR Dine

DOIT

MODE DE PAIEMENT :  ESPECES  CHEQUE  TRAITE

DATE DE REGLEMENT : \_\_\_\_\_

| Quantité | DESIGNATION | Prix Unitaire | Montant |
|----------|-------------|---------------|---------|
| 1        | cornil      |               | 55.50   |
| 2        | Atlor       |               | 89.20   |
| 1        | cardioasp   |               | 27.70   |
| 1        | Arlo cardy  |               | 41.80   |
|          |             |               | 303,40  |

Pharmacie Uniques Santé  
 Hichas MAJALI  
 1/5, rue de l'El Ouir  
 Tél. 06 21 69 06 - Casa

092 056 733



400000529-02  
Coeur  
cardiaque  
la tension  
chez une  
troubles  
sion), une  
tamment,  
ie), des  
une



AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC 850  
P.P.V. : 41DH80

LOT : 22E005  
PER.: 05 2025

nombre  
(insuffisa  
(troubles  
artérielle,  
personne  
psychiatri  
impuissan  
des tâche  
bouts r

UT.AV : 1 2 4 P.P.V. 89 20

LOT N° : F 0 2 5 5

09366067/7

89,20

UT.AV : 0 4 2 2 5 P.P.V. 89 20

LOT N° : G E 2 5 6

09366067/7

89,20

ps vous devez  
traitement sans  
es doivent être  
ordonnance de  
médicin.

Lot n° :  
EXP :  
PPV : 55DH50

La posologie est variable en fonction de l'affection traitée, elle est  
aussi adaptée à chaque patient.  
AVLOCARDYL 40 mg, comprimé sécable peut être utilisé sous  
certaines conditions chez les enfants pour le traitement des troubles

3. COMMENT PRENDRE AVLOCARDYL 40 mg, comprimé sécable ?  
Posologie  
l'allaitement est déconseillé pendant la durée du traitement.



# 100 mg, comprimés gastro-résistants

Cardioaspirine 100 mg comprimés  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



## Notice :

que CardioAspirine 100 mg et dans quel cas est-il utilisé ?

nt les informations nécessaires à connaître avant de prendre CardioAspirine 100 mg ?

rendre CardioAspirine 100 mg ?

les effets indésirables éventuels ?

onservé CardioAspirine 100 mg ?

s supplémentaires.

## 1. QU'EST CE QUE CARDIOASPIRINE 100 MG ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

CardioAspirine est un médicament contenant comme principe actif l'acide acétylsalicylique. CardioAspirine inhibe à dose réduite