

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR A VOIR 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

- Reclamation : 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- 0013959

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2091 Société : 156563  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENAMAR DINA  
 Date de naissance : 23.57  
 Adresse : 64, Rue Imam Al Haremain 1er étage  
 Maroc - CASABLANCA  
 Tél. : 0669 373031 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : DINA BENAMAR Age : 23.57  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALD 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 : 28/02/23  
 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

28/02/83

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

AM

PC

IM

IV

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 :

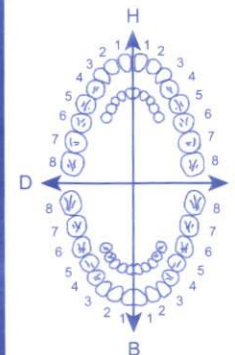
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

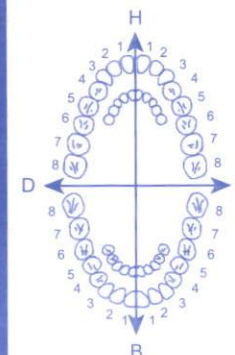
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

28/02/23

DOIT

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

Quantité	DESIGNATION	Prix Unitaire	Montant
1	A.Vlo cendy		41.80
2	Amor	X	89.20
1	Cardio. Asa		27.70
1	corpuil		55.50
			<u>303.40</u>

Pharmacie Univers Santé  
Hicham JAMALI  
116, Rue Jussuf El Oufir  
Tel: 06 22 98 09 06 - Casa



Lot n° :

**Veillez**

**Gardez**

**Si vous**

**Ce médi**

**Si l'un de**

**pharmac**

EXP :

PPV : 55DH50

**1. COMPO**

**CORPRIL® 1,**

Ramipril

• Les autres com

- Amidon pré-gélati

colloïdale anhydre, Sté

**CORPRIL® 2.5**

magnésium, Silice

oxyde de titane, gélatine,

UT.AV :

0 2 2 5

P.P.V.

LOT N° :

GE 2 5

89,20

09366067/7

Effets indésirables les plus fréquents :

• Sensation d'étrange fièvre (à) ou courbure

• R

• T

gr

• P

• E

• T

• R

• T

• S

• Ex

ou de

Effets

• Sensibilité

Autres effets indésirables rapportés :

Veillez informer votre médecin si l'un ou l'autre des symptômes suivants s'aggrave ou durerait plus de quelques jours.

• Difficulté de concentration.

• Gonflement de la bouche.

• Examens sanguins montrant un nombre trop faible de cellules sanguines dans votre sang.

• Examens sanguins montrant un taux inhabituellement bas de sodium dans votre sang.

• Changement de couleur des doigts et des orteils lorsque vous avez froid, avec picotements ou sensations douloureuses lorsque vous vous réchauffez (syndrome de Raynaud).

• Augmentation de la taille des seins chez l'homme.

• Réactions ralenties ou perturbées.

• Sensation de brûlure.

• Modification des odeurs.

• Chute de cheveux.

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

**7. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI**

**AVLOCARDYL 40MG**

**CP SEC B50**

P.P.V. : 41DH80



6 118000 010227

hydroxyde de magnésium, Silice

rouge, oxyde de fer jaune, dioxyde

magnésium, Silice

titane, gélatine.

**Cardioaspirine 100 mg/30cps**

**Acide acétylsalicylique**

P.P.V. : 27,70 DH

**Bayer S.A.**



6 118001 090280

• Les autres compos

- Amidon pré-gélatinisé

colloïdale anhydre, Sté

**2. CLASSE PHARMA**

Inhibiteurs de l'enzyme

**3. INDICATIONS THE**

• Traitement de l'hypert

• Prévention cardiovas

chez les patients présen