

# 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- 0048926

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2494 Société : 163253

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SELMAOUI MALIKA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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 : Le : / /

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

*[Signature]*

27.05.23

84,20

# 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

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 :**

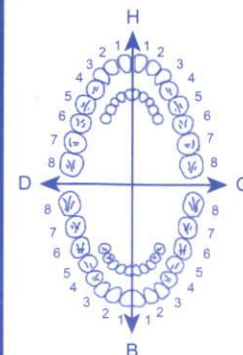
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



CCEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT  
MASTICATOIRE

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

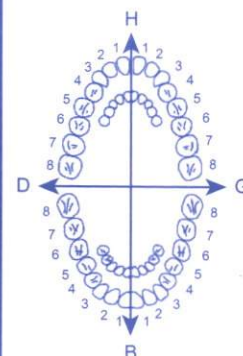
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT  
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



# PHARMACIE GHORANE



Mme HIRIOU LAILA  
Docteur en Pharmacie  
Diplômée de la Faculté  
de TOURS en France

Casa la 14 de 02 39 00 00 00  
FACTURE N° 007812

DESIGNATION	QUANTITE	UNITAIRE	PRIX TOTAL
Paracetamol 500mg	10	0,30	3,00
Aspirine 500mg	10	0,30	3,00
Amoxicilline 500mg	10	0,30	3,00
Clonidine 0,1mg	10	0,30	3,00
Hydrocodone 5mg	10	0,30	3,00
Codeine 30mg	10	0,30	3,00
Propofol 100mg	10	0,30	3,00
Midazolam 5mg	10	0,30	3,00
Alprazolam 1mg	10	0,30	3,00
Clonazepam 0,5mg	10	0,30	3,00
Lorazepam 1mg	10	0,30	3,00
Temazepam 30mg	10	0,30	3,00
Zolpidem 12,5mg	10	0,30	3,00
Zopiclone 3,75mg	10	0,30	3,00
Eszopiclone 1,2mg	10	0,30	3,00
Lamotrigine 25mg	10	0,30	3,00
Valproate 500mg	10	0,30	3,00
Carbamazepine 200mg	10	0,30	3,00
Phenytoin 300mg	10	0,30	3,00
Topiramate 150mg	10	0,30	3,00
Levetiracetam 500mg	10	0,30	3,00
Gabapentin 300mg	10	0,30	3,00
Pregabalin 150mg	10	0,30	3,00
Clonidine 0,1mg	10	0,30	3,00
Hydrocodone 5mg	10	0,30	3,00
Codeine 30mg	10	0,30	3,00
Propofol 100mg	10	0,30	3,00
Midazolam 5mg	10	0,30	3,00
Alprazolam 1mg	10	0,30	3,00
Clonazepam 0,5mg	10	0,30	3,00
Lorazepam 1mg	10	0,30	3,00
Temazepam 30mg	10	0,30	3,00
Zolpidem 12,5mg	10	0,30	3,00
Zopiclone 3,75mg	10	0,30	3,00
Eszopiclone 1,2mg	10	0,30	3,00
Lamotrigine 25mg	10	0,30	3,00
Valproate 500mg	10	0,30	3,00
Carbamazepine 200mg	10	0,30	3,00
Phenytoin 300mg	10	0,30	3,00
Topiramate 150mg	10	0,30	3,00
Levetiracetam 500mg	10	0,30	3,00
Gabapentin 300mg	10	0,30	3,00
Pregabalin 150mg	10	0,30	3,00

PPV: 14DH00  
PER: 10/25  
LOT: L3604



31,20  
PPV 31,20  
PER 11,25  
LOT 13788

rouements pas

LOT : 230031  
DLUO: 01/2026  
39,00DH

tron  
piratoires  
s de toux

# صيدلية الغفران PHARMACIE GHOFRANE

الزقة 2 الرقم 116 بلوك «س» حي القدس سيدي البرنوصي - الهاتف: 022 73 26 31 - الدار البيضاء

Mme HRIOUA Laïla  
Docteur en Pharmacie  
Diplômée de la Faculté  
de TOURS en France



السيدة أهريوة ليلي  
دكتورة في الصيدلة  
خريجة كلية تور بفرنسا

M<sup>r</sup> Driss Salmaoui

Casa, le 27.05.23

**FACTURE N° 007812**

DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
Doliprane 1g cp	01	14,00	
Bronchathiol cp A	01	31,20	
Docivex cp AM	01	39,00	
			84,20

La Présente Facture est Arrêtée a la somme de :

Quatre Vingt Quatre, Vingt

Signature

ok

Cachet