

## 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

M23-004917

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1119 Société : .....

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


Nom & Prénom : SADDO ROHMANI

Date de naissance : 15-11-65

Adresse : .....

Tél. : 0661214793 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
	27/05/22	1881,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

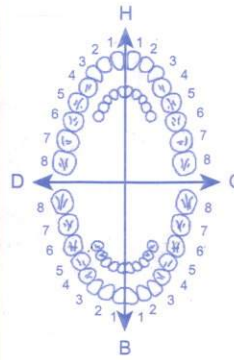
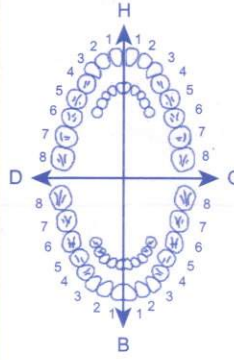
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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		
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> [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

MOHAMMED SAIDI

FACTURE N° : 15477

du 27/05/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	NATISPRAY AEROSOL			
3	BIONIME BANDLETTE/25	69,30	207,90	0%
3	TENORMINE 100MG 28CPS	80,00	240,00	20%
3	CARDIO ASPIRINE B30 CPRS	58,70	176,10	0%
3	TAHOR 10MG B28 CPS	27,70	83,10	0%
3	COTAREG 160/25MG BT 28	79,00	237,00	0%
3	STAGID 695MG / 100	205,00	615,00	0%
		107,60	322,80	0%

Total TTC	1 881,90
Droits de Timbre	0,00
Net à Payer	1 881,90

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
MILLE HUIT CENT QUATRE-VINGT UN DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	1 641,90	0,00	1 641,90
20.00%	20,00	200,00	40,00	240,00
		1 841,90	40,00	1 881,90

PHARMACIE DU CROISSANT  
3, Bd. Sour Jdid - Casablanca  
Tél : 05 22 22 02 61  
ICE : 00 159 7948000034

UT. AV.: 02 25 P.P.V.  
79 00  
LOT N°: FW7385  
79,00  
09366082/4

TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC B28  
P.P.V.: 58DH70  
LOT: 22E001V  
PER: 04 2025  
6 118000 011590

6 118001 030132  
COTAREG 160/25 mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV: 205.00 DH

TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC B28  
P.P.V.: 58DH70  
LOT: 22E001V  
PER: 04 2025  
6 118000 011590

6 118001 030132  
COTAREG 160/25 mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV: 205.00 DH

TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC B28  
P.P.V.: 58DH70  
LOT: 22E002  
PER: 07 2025  
6 118000 011590

6 118001 030132  
COTAREG 160/25 mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV: 205.00 DH

BIONIME  
Blood Glucose Test Strip  
2024-09-15  
LOT: 2122A0302  
80.5

BIONIME  
Blood Glucose Test Strip  
2024-07-12  
LOT: 212272913  
80.5

LOT 213492  
EXP 01 2025  
PPV 107.60



LOT	222569
EXP	08 2025
PPV	107.60

