

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº W21-788868

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 2459 Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MOUSSA MOHAMED			
Date de naissance : 13/09/1953			
Adresse :			
Tél. : 0600.362.487 Total des frais engagés : 309,10 DHS			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : / /			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : MAGASIE CHRONIQUE PROSTATE			
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 : / / /  
Signature de l'adhérent(e) : / / /



### RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE LA DECouverte SRL AL Lot. Al Moustakbal, La Rabta Route 1029, Sidi Maarouf - Casablanca Tel. : 0529 732 23 - Fax : 0529 737 46</i>	<i>23/08/23</i>	<i>329,10</i>

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVE DES FRAIS ET

**CONTIFLO® D**

PPV: 109DH70

30 Gélules à libération prolongée  
Voie orale  
**0.4 mg**



**CONTIFLO® D**

PPV: 109DH70

30 Gélules à libération prolongée  
Voie orale  
**0.4 mg**

**CONTIFLO® D**

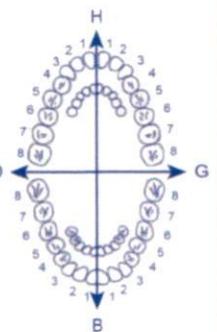
PPV: 109DH70

30 Gélules à libération prolongée  
Voie orale  
**0.4 mg**

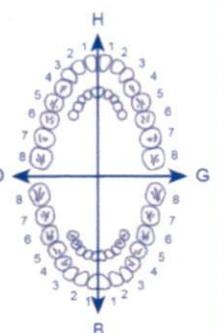
**CONTIFLO® D**

PPV: 109DH70

30 Gélules à libération prolongée  
Voie orale  
**0.4 mg**



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse

DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE DE LA DECOUVERTE  
LOTIS AL MOUSTAKBAL Lot N°7 SIDI MAAROUF

Docteur en pharmacie  
UNIVERSITE DE LIEGE  
BELGIQUE

R.C :325695 Patente:36167275  
T.V.A :15250952 C.N.S.S:6181242  
Banque:BMCI 0137800110401384100187  
Tél :0522973223

Le 03/08/2023

FACTURE N°1057624

N° ICE : 001687646000084

N° IF : 15250952

ELOUJANI MED

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	CONTIFLO OD 0.4 MG 30 GES	109,70	329,10	21,53	7,00

PHARMACIE DE LA DECOUVERTE SARL AU  
Lot. Al Moustakbal, Lot. N° 7  
Route 1029, Sidi Mâarouf - Casablanca  
Tél : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46

TOTAL T.T.C :

329,10

Nbr Articles	TVA 7% Base :	329,10	Montant :	21,53	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Trois Cent Vingt Neuf Dirhams et 10 centimes.