

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° M20- 006895

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1267 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHERIF TATER 188194  
 Date de naissance : 01.01.1950  
 Adresse :  
 Tél : 0661250181 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : CHERIF TATER Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Accident libéré (HTA, HTA, 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 : Casablanca Le : 23/11/2023  
 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
	23/11/23	812,80 DHS

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

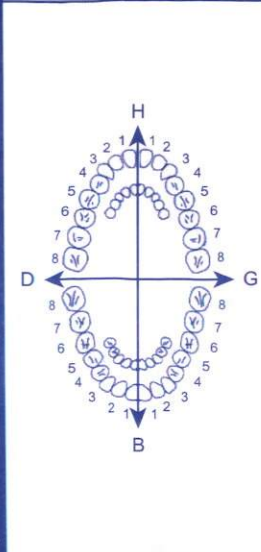
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

Le praticien est prié de préciser

Important :  
Veuillez joindre les radiographies et

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



F.TRENKA

Lot: 45212  
EXP: 12.2022  
PPV: 91,000 DHS

EUCARBON®  
100 comprimés



LOT: 4456  
PER: 11/23  
PPV: 46,60 DH



CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

\* PHARMACIE CHRAGUI \*\*  
R. HELZY

Patente N°: 55795016  
N° R.C. : 21592  
DR.CHRAGUI SAHEL BERRECHID  
Id.Fiscale : 24831595  
ICE : 002127982000011

ش : ٥

Le : 23/11/2023

CHERIFI TAYEB

FACTURE : 78376 du : 03/11/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	EUCARBON.100 COMPS(GM)	91,00	91,00	7,00%
1	LATANO JP 0.005	98,20	98,20	7,00%
3	NATRIXAM 1.5MG/5MG	79,90	239,70	0,00%
3	NEBILET 5 MG 28 CP DISP	87,50	262,50	7,00%
1	SEPCEN 500MG COMPS.10	74,80	74,80	7,00%
1	XENID.COMPS 50MG.30	46,60	46,60	7,00%
Total TTC		812.80		

Arrêtée la présente facture à la somme de : HUIT CENT DOUZE DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	239,70	0,00	239,70
7.00%	7,00	535,61	37,49	573,10
		775,31	37,49	812,80

  
PHARMACIE CHRAGUI  
Dr. R. HELZY  
Chragui Sahel Old Hriz - Berrechid  
Tél: 0679 64 07 49