

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

N° W21-829197

couleur

### Maladie

Dentaire  
Cadre réservé à l'adhérent(e)

### Optique

### Autres

Matricule : 10012

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YASSIR BENMOUEN

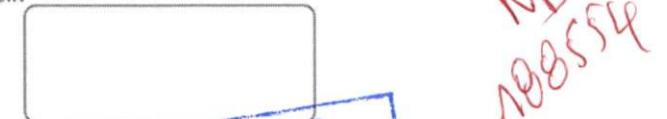
Date de naissance : 02/02/1971

Adresse : Appt 8 Immeuble 28 Résidence Foydans  
de Soraia Hay Mohamed Agadir

Tél. : +212 661417174 Total des frais engagés : # 426 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



ND  
N08554

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Age :

Enfant

Lien de parenté :

Conjoint

Nature de la maladie :

M

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

R ACCUEIL

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 : Agadir

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27/11/2023

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-829197

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

### 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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. BOUZOUF Mourir AGADIR	27.11.23	4.26.00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

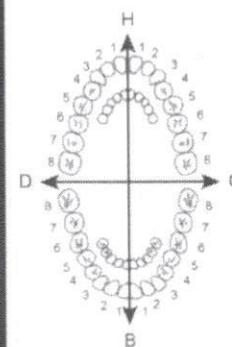
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

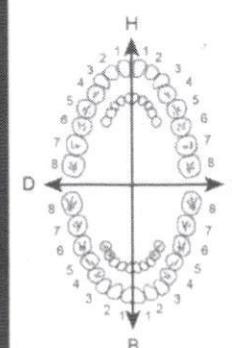
#### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

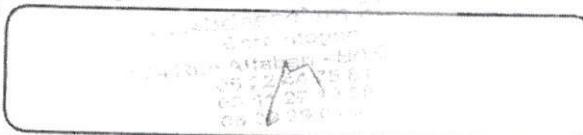
MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :**  
**VALIDE UN AN**

 Code : PR2FR04  
 Version : 02  
 Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit		
Nom et prénom :	BENAOUIEN YASSIR	
Matricule :	10012 N° CIN : DL 82 082	
Adresse :	Appart 8 Immeuble 28 Résidence Jardins de Sidi Hay N Shamedi Agadir Maroc	
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant		
Je soussigne :	Spécialité :	
N° ICE :	N° INPE : 03M86348	
Certifie que Mlle, Mme, M. :	BENAOUIEN YASSIR	
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> À vie	
<i>Maladie de Longue Durée</i>		
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :		
<i>Hypertension artérielle</i>		
Dont ci-joint ordonnance :	<i>Oui</i>	
Traitemen prescrit :	<i>IRIAS plus 150/12.5 (g)</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables		
Fait à :	<i>Le 30/05/2023</i>	
Cachet et signature du médecin traitant :		
		

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

PHARMACIE JARDINS DE SOUSS  
MR MOUNIR BOUZOUF  
N 25 IMM:50 JARDINS DE SOUSS HAY EL  
MOHAMMADI AGADIR

Tél : 0528228427

27/11/2023

Mr YASSIR BENMOUMEN

FACTURE N° : 14321 du 27/11/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant PPV	TVA
3	IRPHI PLUS 150/12.5 CP B30	142,00	426,00	7%

Total TTC 426,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
QUATRE CENT VINGT SIX DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	398,13	27,87	426,00
		398,13	27,87	426,00



R.C : 67572

I.C.E : 001967782000084

Patente: 49277601

INPE:042068858

CNSS : 5607091

RIB

I.F : 88322180

# إرفي بلوس® 12,5/150 مع

إريزارتان/هيدروكلوروتيازيد

IRPHI PLUS

150mg/12,5mg

30 Comprimés



6 118000 051299

30 قرصاً



LOT : 023  
PER : MAR 2025  
PPV : 142 DH 00

# إرفي بلوس® 12,5/150 مع

إريزارتان/هيدروكلوروتيازيد

IRPHI PLUS

150mg/12,5mg

30 Comprimés



6 118000 051299

30 قرصاً



LOT : 024  
PER : MAI 2025  
PPV : 142 DH 00

معهد الصيدلة

# إرفي بلوس®

إريزارتان/هيدروكلوروتيازيد

IRPHI PLUS

150mg/12,5mg

30 Comprimés



6 118000 051299

30 قرصاً



LOT : 024  
PER : MAI 2025  
PPV : 142 DH 00

معهد الصيدلة

