

## **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**

N° W21-720696

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b> | <input type="checkbox"/> <b>Optique</b> | <input type="checkbox"/> <b>Autres</b> |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)  |  |   |  |
| Matricule : 8372 Société :  |  |   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : EL HAFIZ RAJNA |  |   |  |
| Nom & Prénom : EL HAFIZ RAJNA   |  |   |  |
| Date de naissance : 14-4-62   |  |   |  |
| Adresse : Rue 5 Des Finances Publics INND Apt 8<br>Hay Riad RAMA  |  |   |  |
| Tél. : 06 63 72 17 04 Total des frais engagés : 146,50 Dhs  |  |   |  |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |  |  |
| Cachet du médecin :   |  |  |  |
| Date de consultation : / /  |  |  |  |
| Nom et prénom du malade : / / Age : / /   |  |  |  |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant   |  |  |  |
| Nature de la maladie : / /  |  |  |  |
| 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. |  |  |  |

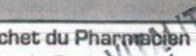
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 20/01/2016 Le : 20/01/2016

Signature de l'adhérent(e) : / /

|  |                            |
|--|----------------------------|
| <b>VOLET ADHERENT</b>  |                            |
| Déclaration de maladie   | N° W21-720696              |
| Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.<br>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 : / /        |

| 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 |
|                                |                   |                       |                                 | INP : <input type="text"/>                                     |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

| EXÉCUTION DES ORDONNANCES   |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
| <br>Dr. M'hamed Ait Atayia<br>Av. Attaya, Sector 1<br>Hay Riad - Rabat - Tel. 05 37 71 16<br>ICE 00080141400097 - NPE 102066<br>05/07/2020 | 05/07/2020 | 144.82                |

### **VOLET ADHERENT**

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

'pharmacie LA VITALITE - Rabat

Manal ZEFZAFY

0537711684

croisement avenue ben barka et avenue athuya secteur 6 bloc g n8 hay ryad, rabat



Facture N° 20240403-977

Date de vente : 15/01/2024

Médecin traitant :

Maroc

| Produit                  | Qté. | P.U    | TVA         | Total  |
|--------------------------|------|--------|-------------|--------|
| ESAC CO 20MG B28 GELULES | 1    | 144,50 | TVA (7.00%) | 144,50 |

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| Total HT     | 135,05 DHS        |
| TVA          | 9,45 DHS          |
| <b>Total</b> | <b>144,50 DHS</b> |

**Arrêté la présente facture à la somme de : cent quarante-quatre DHS et cinquante centimes**

**PHARMACIE LA VITALITÉ**  
Dr. Mansi - Béchir  
Av. Attaya, Sidi El Bled G  
Hay Riad - Rabat - Tel: 0537-71-16-84  
ICE 00080141400097 INPE 102066727

IE : 40120593 BC : 92312 ICE : 000801414000097-INPE:102066727

Tel: 0537711684

Tel : 0537711684

**ESAC®** 20  
ésoméprazole mg

**28 gélules**

*Microgranules  
gastrorésistants*

**Voie orale**



144.50

2012-02-24

FR 12724

EV 144D1150