

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



**Déclaration de Maladie**

N° P19- 063923

ND: 36013

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2617      Société : RAM

Actif       Pensionné(e)       Autre

Nom & Prénom : CHAJIA MOHAMED

Date de naissance : 02/11/56

Adresse : Bd Abdelmoumen N° 245 Res T.W.W.

CASA

Tél : 0670274025      Total des frais engagés : 677,70      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 :

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 : CASA      Le : 07/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

**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.

**Biologie 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

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





# PHARMACIE CHARLES NICOLLE

19 Place Charles Nicolle -Inst PASTEUR-

R.C :244430

Patente:34400841

T.V.A :826317

C.N.S.S:2284975

Tél :0522202041

Le 07/08/2020

**FACTURE N°652675**



N° ICE : 00173640400005

**MR CHAJIA MOHAMED**

N° IF : 42045500

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	AMLOR 5 MG 56 CPS	136,60	136,60		
1	TAHOR 10 MG 28 CPS	79,00	79,00		
1	CARDIX 25MG BT/28CP	89,00	89,00		
2	CARDIOASPIRINE 100MG	27,70	55,40		
1	COAPROVEL 300/12.5MG 28CP	239,00	239,00		
1	DIAMICRON 60MG / 60CPS	78,70	78,70		

LOT: 310  
PER: OCT 2022  
PPV: 89 DH 00



Pharmacie Charles Nicolle  
HEDYATAK - TAK  
19, Place Charles Nicolle  
Casablanca  
Tél.: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41

78,70  
242600060-02

UT.AV : 136,60  
LOT N° : 118001 090280  
P.P.V. : 136,60

**TOTAL T.T.C :**

**677,70**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-----------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Six Cent Soixante-dix Sept Dirhams et 70 centimes.