

# 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 062469

42546

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2857 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : JOUXANE Rohan  
Date de naissance : 27/12/55  
Adresse : Bel AZOUZ 8 Rue Goulouma  
Casablanca  
Tél : 0661 434528 Total des frais engagés : 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 : Le : 20/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL



# 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 de Pharmacie	Date	Montant de la Facture
	16/09/2020	52,30
Pharmacie Nezha El Aoud 12, bd. Bourdeaux - Casablanca Tél : 05 22 49 21 71 / 72 - Fax : 05 22 26 19 18		

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

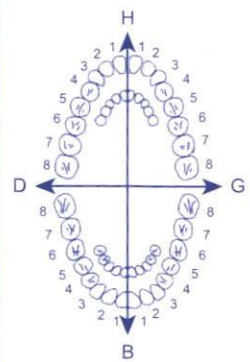
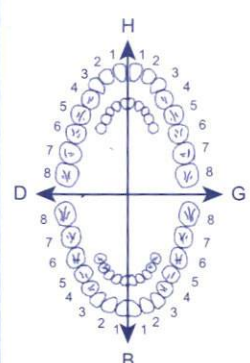
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>               H                25533412                00000000                D                00000000                35533411             </div> <div>               21433552                00000000                G                00000000                11433553                B             </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

R.C :348506

Patente:35405388

T.V.A :

C.N.S.S:2362995

Banque:BCM 178S000101

Tél :022492171/72

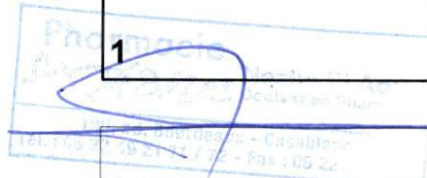
Le 25/09/2020

**FACTURE N°1276938**

N° ICE : 000573987000041

N° IF : 40105446

**MR JOUDANE MOHAMED**



ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	ONBREZ 150 / 30 GEL	484,00	484,00	31,66	7,00
1	ATROVENT 0.5MG/2ML ADULTE	68,80	68,80		
1	VENTOLINE SOLUTION NEBULISEUR	29,50	29,50		
<div data-bbox="23 1176 335 1388" data-label="Image">  </div> <div data-bbox="23 1422 295 1646" data-label="Image">  </div> <div data-bbox="351 1198 630 1377" data-label="Text"> <p>GlaxoSmithKline Maroc Aïn El Aouda Région de Rabat PPV : 29,50 DH 118001141296</p> </div> <div data-bbox="853 1489 1332 1736" data-label="Image">  </div>					
<b>TOTAL T.T.C :</b>				<b>582,30</b>	

Nbr Articles	TVA 7% Base :	484,00	Montant :	31,66	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	---------

**Arrêté la présente facture à la somme de :**  
**Cinq Cent Quatre-vingt Deux Dirhams et 30 centimes.**



## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

Je soussigné : Dr Rachid El Khettar

Certifie que : Mr Mohamed Joudane

Présente : BPCO sévère avec exacerbations fréquentes

Nécessitant un traitement d'une durée de : un traitement médical Permanent (à Vie)

Dont ci-joint ordonnance : .....

(à défaut noter le traitement prescrit) :

- Ventoline solution 0.5 pour cent (5Mg /ml)
- Atrovent 0,5mg /2ml
- Physiodose
- Ventoline suspension pour inhalation en flacon pressurisé
- Bronchodual solution pour inhalation
- Utibo breezhaler 110µg / 50µg
- **Onbrez breezhaler 150 microgrammes**
- **Miflasone 400µg**

V

TICKET N° : 1 276 938

VENTE DU : 25/09/2020 à : 16:53

PHARMACIE ARGANE - CASABLANCA

ICE: 000573987000041 ----- Vendeur: Soufiane p

Nom du produit	P.P.V.	Qté.	TOTAL
ONBREZ 150 / 30 GEL	484.00	1	484,00
ATROVENT 0.5MG/2ML	68.80	1	68,80
VENTOLINE SOLUTION N	29.50	1	29,50
Total Vente :			582.30
Dont TVA 7% : 31.66			
REGLE : 582.30			
demandez conseil a votre pharmacien			