

**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.
- Le radiogramme 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 renouvelée tous les mois.

## Adresses Mails utiles

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.



## Déclaration de Maladie

Nº W19-588641

ND: 43825

Optique

Autres

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	2334	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : NADIF ABDELLAH			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	06 24 16 2645	Total des frais engagés :	
<b>Cadre réservé au Médecin</b> Dr. Tarik BENHISAIN Spécialiste en Neurologie et Explorations Neurophysiologiques 7, Avenue 20 Juillet Moumen et Rue Rachid Kéchiche - Etg. 2 - Casa Tel: 05 20 45 68 55			
Date de consultation : 1/11/2020			
Nom et prénom du malade : Nadif Abdellah Age: 31			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : 70 de de Dr K 1M			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : Ce 28.01.2020 Le : 10.11.2020

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
10/11/2010	CS	3000,00		INP : 0811249645  Dr. Tarik BENHSAIN Spécialiste en Neurologie et en Physiologie Neurophysiologiques 3, Avenue Abdelloumen et 7, Fig. 2 - Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/11/20	1.841.10

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																							
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																							
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																			
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																			
				<b>ODF PROTHESES DENTAIRES</b> 																			
				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		00000000	00000000	35533411	11433553
				H		G																	
				25533412	21433552	00000000	00000000																
				D		B																	
00000000	00000000	35533411	11433553																				
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
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'EXECUTION																							

PHARMACIE ABDELHAKIM

Magasin 4 Gh6, immeuble 7  
Ikamat Al Amal, Errahma,  
Casablanca.

Téléphone : 0522.65.85.70  
Patente N° :



FACTURE

Facturé à

10/11/20

Date :

18/11/20  
856

N° Facture :

Pour : Achat de médicaments

Désignation	Quantité	Prix unitaire	Prix Total
imovane 7,5	05	41,50	207,50 S.V.
Madopar 200/150	03	298,00	894,00 S.V.
sifrol 1,05	01	589,00	589,00 S.V.
Seroquel	01	150,60	150,60 S.V.

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.V. : 298,00 DH

118001 050697

Imovane 7,5 mg

Comprimés pelliculés  
sécables

6 118000 012368

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.V. : 298,00 DH

6 118001 050697

Imovane 7,5 mg

Comprimés pelliculés  
sécables

6 118000 012368

SYNTHEMEDIC  
22 rue xoutair benou al souam roches  
noires casablanca  
SEROQUEL

25mg

Op. 60

269/16 DMP/21/NSF

P.P.V. : 150,60 DH

6 118001 021338

R.1542

Imovane 7,5 mg

Comprimés pelliculés

sécables

6 118000 012368

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.V. : 298,00 DH

6 118001 050697

41,50

6 118000 012368

6 118001 040612  
SIFROL 1,05 mg  
(Pramipexole)  
Comprimé à libération prolongée  
Boîte de 30  
BOTTU S.A.  
PPV : 589 DH 00  
300207-02

6 118000 012368  
41,50

Imovane 7,5 mg  
Comprimés pelliculés  
sécables

6 118000 012368