

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



## Déclaration de Maladie

N° P19- 062486

### 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.

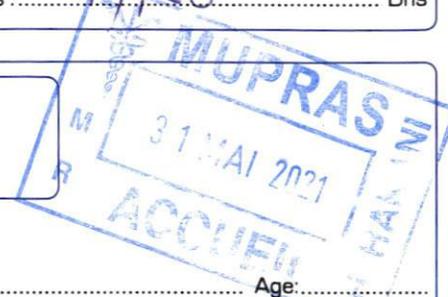
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

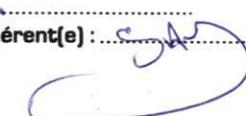
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2493 Société : RAAI (72622)  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : SABIR ABDELLAH  
Date de naissance : 30/06/1949  
Adresse : Wifan III, Rue 80, N°42 Blouffe  
CASABLANCA  
Tél : 0662 70 48 34 Total des frais engagés : 74,00 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 : CASABLANCA Le : 20/04/2021  
Signature de l'adhérent(e) : 

### 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  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Pharmacie Elaha SARL AU<br>N° 290 Rue 4 El Wifak<br>El Oued Casablanca<br>Tél: 05 22 91 51 34 | 16/04/2021 | 74,00                 |
|   |            |                       |
|   |            |                       |

### 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 canalaires, ainsi que le bilan

| 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  |  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </tbody> </table> |  | H           |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |
|  | H  |  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  | 25533412   | 21433552                                 |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  | 00000000   | 00000000                                 |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  | D  | G  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
| 00000000   | 00000000   |  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
| 35533411   | 11433553   |  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
| B  |  |  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
| (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  | 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'EXECUTION

PHARMACIE DOUNIA ERAHA SARL AU  
 BENYAHIA TABIB DOUNIA  
 RUE 64 N°299 WIFAQ 3 OULFA CASABLANCA

Patente N°: 35065673  
 N° R.C. : 369135  
 Compte :  
 CNSS : 2362739  
 Id.Fiscale : 20739649  
 ICE : 001840763000065

Tél: 0522915134

Le: 16/04/2021

SABIR ABDELLAH



**FACTURE : 9269 du : 16/04/2021**

| Qté                | Désignation               | Prix PPV | Montant      | TVA   |
|--------------------|---------------------------|----------|--------------|-------|
| 2                  | FELDEN 20MG 5CPS DISP     | 22,50    | 45,00        | 7,00% |
| 2                  | HEMOFAST SUPPO BTE 6 SUPP | 14,50    | 29,00        | 7,00% |
| <b>Total TTC</b>   |                           |          | <b>74,00</b> |       |
| Droits de timbre   |                           |          | 0,00         |       |
| <b>Net à payer</b> |                           |          | <b>74,00</b> |       |

14,50

Facture à la somme de : **SOIXANTE QUATORZE DIRHAMS**

|       | Taux | HT           | TVA         | TTC          |
|-------|------|--------------|-------------|--------------|
| 7.00% | 7,00 | 69,16        | 4,84        | 74,00        |
|       |      | <b>69,16</b> | <b>4,84</b> | <b>74,00</b> |

Pharmacie Dounia Erah SARL AU  
 N° 299 Rue 64 El Wifak 3  
 El Oulfa Casablanca  
 Tél.: 05 22 91 51 34