

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com  
 O Prise en charge : pec@mupras.com  
 O 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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel.: 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-586895

76609

Couic

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	768	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BENCHEKIROUN Meb
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06 21 62 06 61 / 74 778 Total des frais engagés : 1118,30 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
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.			

  
 MUPRAS BOUZACHANE  
 02 JUIL 2021  
 ACCUEIL

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 30/06/2021

VIOLET ADHERENT	N° W19-586895
Déclaration de maladie	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 768	
Nom de l'adhérent(e) : BENCHEKIROUN	
Total des frais engagés : 1118,30	
Date de dépôt : 30/06/21	

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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur <i>Praticien ALAIN MABLANCA - 435, Bd. Panoramique Polo - Tél: 0522.52.16.89</i>	Date 28/6/21	Montant de la Facture 1118,30
--	-----------------	----------------------------------

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

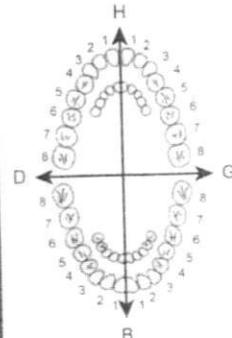
FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

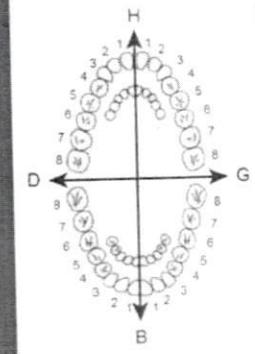
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



#### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE CALIFORNIE  
ALAMI ALI  
435 BD PANORAMIQUE CASA

Tél : 0522521999

Patente N°: 34016011  
N° R.C. : 252326  
Compte : 011780000070200000269113  
CNSS : 2589078  
Id.Fiscale: 51002235  
ICE : 001639632000057

Le : 28/06/2021

BENCHAKROUN MOHAMED

FACTURE : 11365 du : 28/06/2021

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	BI-TILDIEM 120MG X 28 COMPRI	119,90	359,70	0,00%
2	CARDIOASPIRINE CPS	27,70	55,40	0,00%
2	CO-AMAREL CPS	125,00	250,00	0,00%
2	COSTAL 10MG BT/30CPS	57,80	115,60	0,00%
2	MICARDIS 40MG BT/28	168,80	337,60	0,00%
Total TTC			1118,30	

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE CENT DIX HUIT DIRHAMS ET TRENTE CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	1 118,30	0,00	1 118,30
		1 118,30	0,00	1 118,30

PHARMACIE CALIFORNIE  
ALI ALAMI  
Docteur en Pharmacie  
435, Bd. Panoramique Polo  
Casablanca - Tél: 0522.52.19.99

**Sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Bil-tildiem 1p 120mg cp b28  
P.P.V : 119,90 DH

6 118001 080960

**Sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Bil-tildiem 1p 120mg cp b28  
P.P.V : 119,90 DH

6 118001 080960

**Sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Bil-tildiem 1p 120mg cp b28  
P.P.V : 119,90 DH

6 118001 080960

**COSTAL® 10 mg**  
Atorvastatine (DCI)  
30 Comprimés pelliculés



LOT : 201419  
UT AV : 10/2023  
PPV : 57,80 DH

LOT N° :

**COSTAL® 10 mg**  
Atorvastatine (DCI)  
30 Comprimés pelliculés

LOT : 201419  
UT AV : 10/2023  
PPV : 57,80 DH

LOT N° :

6 118001 040230  
**MICARDIS 40mg**  
(Telmisartan)  
28 comprimés

BOTTU S.A.

PPV : 168 DH 80

6 118001 040230  
**MICARDIS 40mg**  
(Telmisartan)  
28 comprimés

BOTTU S.A.

**Co-Amarel® 2 mg/500 mg**  
30 comprimés  
pelliculés

166,00

30 Comprimés  
pelliculés

166,00

**Cardioaspirine 100 mg/30cps**  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

**Cardioaspirine 100 mg/30cps**  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280