

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-548141

ND: 88505

courrier

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

4549

Société :

No AM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BERDAI Mohamed

Date de naissance :

22/07/57

Adresse :

81 Rue Caneche APP18 318A  
0661163375 Total des frais engagés : 51.90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Achat libre

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 : 15/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-548141

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 : 4549

BERDAI

Nom de l'adhérent(e) :

51.90

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

**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	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DU JASMIN Mine. LAMRANI Rajaa 61, Avenue 2 Mars - CSA Tél: 05 22 81 17 67</i>	16.03.2021	51,90

**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
		A M	P C	I M	I V	

**VOLET ADHERENT**

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

<b>LOT : 6607</b> <b>UT. AV : 01-24</b> <b>P.P.V : 10 DH 60</b>		<b>IXOR® 20 mg 7 comprimés effervescents</b> <b>PPV 41DH30</b> <b>EXP 12/2022</b> <b>LOT 08039 4</b>														
<i>des soins. nsi que le bilan de l'ODF.</i>																
<b>SOINS DENTAIRES</b>		<b>Dents Traitées</b>	<b>Nature des Soins</b>													
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>														
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<table border="1"> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> </tr> </table>	G	00000000		00000000
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G	00000000															
	00000000															
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																
<b>Coefficient des travaux</b>		<b>Montants des soins</b>														
<b>Début d'exécution</b>		<b>Fin d'exécution</b>														
<b>Date du devis</b>		<b>Date de l'exécution</b>														

PHARMACIE DU JASMIN

MME LAMRANI RAJAE

61 AVENUE 2 MARS CASA

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 37917365

N° R.C. : 252269

N° CNSS : 2266139

N° ID.F. : 40463608

N° ICE

Tel : 0522811767

Fax 0522836542

Mr BERDAI MOHAMED

ICE  
001448442000041

Le : 16/09/2021

FACTURE N°: 167039/21

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	DOLOSTOP 1G X 8 CPS	10,60	7	10,60
1	IXOR 20 MG X 7 CPS	41,30	7	41,30

TVA 7%: 3.40 Total : 51,90

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CINQUANTE ET UN DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS

صيالية الياسمين  
PHARMACIE DU JASMIN  
Mme. LAMRANI Rajae  
61, Avenue 2 Mars - CASA  
Tel : 0522811767